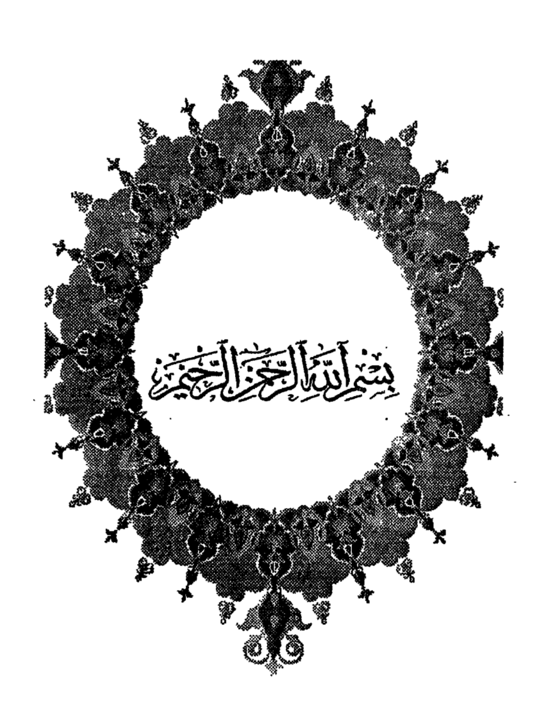

في الصحة النفسية
الدكتورة
إيمان فوزي
الناشر
مكتبة زهراء الشرق
١١٦ ش محمد فريد - القاهرة ت: ٣٩٢٩١٩٢

# في الصحة النفسية

الدكتورة / إيمان فوزى

الناشر
مكتبة زهراء الشرق
١١٦ ش محمد فريد ـ القاهرة
تليفون ٣٩٢٩١٩٢

| | |
|---|---|
| اسم الكتاب : | فى الصحة النفسية |
| اسم المؤلف : | الدكتورة / إيمان فوزى |
| عدد الصفحات : | ١٦٨ |
| رقم الإيداع : | ١٦٤١٨ |
| الترقيم الدولى : | I. S. B. N. 977 - 314 - 101 - 2 |
| سنة النشر : | ٢٠٠١ |
| الطبعة : | الأولى |
| الناشر : | مكتبة زهراء الشرق |
| العنوان : | ١١٦ شارع محمد فريد ـ القاهرة |
| البلد : | القاهرة ـ جمهورية مصر العربية |
| تليفون : | ٣٩٢٩١٩٢ |
| فاكس : | ٣٩٢٩١٩٢ ـ ٣٩٣٣٩٠٩ |


بسم الله الرحمن الرحيم

# مقدمة

أثمر التطور العلمى فى مجال الدراسات النفسية عن ظهور ثلاثة تيارات أساسية تمثل القوى الكبرى فى التراث الفكرى لعلم النفس المعاصر ـ هذه القوى ـ وفقاً للتسلسل التاريخى لظهورها على مسرح التيارات المعاصرة فى علم النفس ـ هى التحليل النفسى ، والسلوكية ، والتيار الإنسانى . والباحث فى مجال نظريات علم النفس يدرك أن معظم المدارس المسماة بتسميات مختلفة ، يمكن ردها إلى أساس يتفق مع أحد هذه التيارات ، أوردها إلى أساس يجمع إنتقائياً بين أكثر من تيار من هذه التيارات الأساسية .

والحقيقية أن الصراع الفكرى بين التوجهات النظرية لكل من التحليلية والسلوكية والإنسانية يجب أن يثمر بالضرورة عن تطورات أكبر يحققها علم النفس المعاصر تبنى على أساس من الحوار بين مختلف وجهات النظر فالحقيقة فى علم النفس تتعلق بجوهر الظاهرة النفسية الإنسانية ، وهى ظاهرة بالغة التعقيد والتشابك، بحيث لا يمكن أن يتوقع المهتمين بعلم النفس ـ أياً كانت خلفياتهم النظرية ، وأياً كانت درجة اقتناعهم بالتوجه الذى يدافعون عنه ـ أن تكشف وجهة نظر أحادية عن أبعادها ، وبالتالى ، فإنه يبدو أكثر منطقية أن نقر بأن تناول كل تيار من تيارات علم النفس للظاهرة النفسية الإنسانية يكشف عن جانب هام من جوانب هذه الظاهرة ، ولكن الرؤية الشاملة للظاهرة فى تكاملها لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال التناول المرن للظاهرة بما يسمح بأخذ كل وجهات النظر المفسرة للظاهرة فى الإعتبار .

وعلى هذا فالباحث فى مجال علم النفس يحقق مكاسب على طريق تطور العلم من خلال تعميق التناول الذى يدعمه توجهه النظرى الأصلى ، ويحقق

مكاسب أكبر على طريق تطور العلم من خلال عمله على الإلتقاء بوجهات النظر الأخرى التى تثرى فكره وتوسع من آفاقه فى مناخ يسوده الفهم الأصيل والمرونة الواعية .

**د. إيمان فوزى**

**القاهرة فى أغسطس ٢٠٠٠**

# الفصل الأول

## تعريف الصحة النفسية

- في معنى الصحة النفسية
- معايير الصحة النفسية .
- خصائص الشخصية السوية

# تقديم

مع نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين ، قطعت البشرية شوطاً هائلا على درب التقدم العلمى والتكنولوجى . وقد مكن هذا التقدم العلمى الإنسان من أن يحكم سيطرته على الطبيعة ويسخرها لحسابه بصورة لم تكن أحلامه قبل قرن واحد مضى يمكن أن تقربها من مخيلته .

ولكن هذا التقدم لم يشمل ـ فى البداية ـ سوى سيطرة الإنسان على العالم الطبيعى ، فى حين ظل الإنسان نفسه لغزاً ، وظلت القوانين التى تحكم عالمه الخاص بعيدة عن متناوله . فالإنسان رغم سيادته للطبيعة ظل جاهلاً بأعماقه الإنسانية إلى حد بعيد . وقد صدم هذا الجهل غرور الإنسان ، ثم توالت الصدمات، عندما بدأت الحروب تهز العالم وتهز معتقدات الرومانسيين بالطبيعة الخيرة للنفس البشرية ، وعندما تراجعت القيم الإنسانية وزادت عزلة الإنسان عن الآخرين ، وعن ذاته أيضاً .

ولعل هذا هو ما دفع الإنسان المعاصر إلى محاولة استكشاف الحقيقة التى تنطوى عليها أعماقه ، وإلى محاولة التعرف على طبيعة الدوافع التى تحركه وتحرك الآخرين من حوله ، وإلى محاولة استخدام هذه المعرفة وتوظيفها ـ كسائر المعارف والعلوم ـ لتحقق له حياة أفضل يكتنفها الاستقرار النفسى والرضا .

وقد واكب هذه التطورات تبلور علم النفس كعلم استقل حديثاً عن الفلسفة ، فصارت له موضوعاته ومناهج البحث الخاص به . أى أنه بعيداً عن المباحث التقليدية للفلسفة ، حقق علم النفس تقدماً ملحوظاً فى الكشف عن كثير من القوانين التى تحكم العمليات العقلية المعقدة كالفهم والإدراك ، وبعض ديناميات السلوك الانفعالى والاجتماعى . وقد تمت الاستفادة من هذه المعرفة فى كثير من المجالات التطبيقية فى مختلف جوانب النشاط الإنسانى .

هذا النجاح فى الكشف عن بعض خبايا النفس البشرية شجع علماء النفس لبذل المزيد من الجهد للعمل على إلقاء الضوء على ما عرف بالديناميات النفسية .

ومحاولة ابتكار فرع تطبيقي لعلم النفس تكون مهمته هي مد يد العون للإنسان كي يحقق أفضل وضع ممكن من الناحية النفسية الانفعالية . وكان ذلك بمثابة الإرهاصات الأولى بميلاد الصحة النفسية

إلا أنه بالرغم من النمو المتزايد للمعرفة في مجال الصحة النفسية الوليد ، فقد كان الجو ما زال مشبعا بالأفكار الخاطئة والمعتقدات الخرافية الشائعة بين كثير من الأفراد ، حتى المتخصصين منهم . هذه الأفكار والمعتقدات ترتب عليها في كثير من الأحيان الإلتباس بين ما هو سوى وما هو غير سوى من وجهة النظر النفسية . وهو ما دعا المتخصصين في مجال علم النفس إلى توجيه جهودهم للعمل على الكشف عن القوانين التي تحكم نمو السلوكيات السوية وتلك التي تحكم نشأة وتطور السلوكيات اللاسوية .

ومن بين العوامل الهامة التي ساعدت على نضوج مجال الصحة النفسية وبلورته تلك الاكتشافات الحديثة ـ حينئذ ـ في علم الأمراض Pathology والتي أوضحت أن كثيرا من المرضى لا يستجيبون للعلاج الطبي البيوكيميائي ، وأن هذه الحالات يمكن أن تحرز تحسناً ملموسًا عندما تتغير ظروف المريض النفسية والاجتماعية . كما كشفت الدراسات الطبية أن كثيراً من الأعراض الجسمية لا يكون لها أساس عضوي واضح وأن العوامل النفسية تلعب دوراً رئيسيا في نشأة وتطور هذه الأعراض وقد دعم هذا الاتجاه الحديث في الطب الاهتمام بالعلاقات بين الجوانب العضوية والجوانب النفسية للإنسان ، مما اسهم في تطوير ذلك الفرع من الطب المعروف باسم الطب النفسي الجسمي

ومع تقدم العلوم الطبية من جهة وتقدم وتطور فروع علم النفس المختلفة من جهة أخرى حدث ما يمكن أن نصفه بأنه التقاء الطب بعلم النفس . وقد كان مجال الصحة النفسية هو أحد النواتج الهامة لهذا الالتقاء . ويعد مجال الصحة النفسية حاليا من أهم مجالات علم النفس نظراً لشموله للجوانب العلمية المعرفية في شقه النظري . والجوانب العملية الوقائية والعلاجية في شقه التطبيقي .

# فى معنى الصحة النفسية

يعد علم الصحة النفسية من أكثر مجالات علم النفس التطبيقى ذيوعاً وانتشاراً وإثارة لإهتمام المتخصصين وغير المتخصصين فى علم النفس ، فمن الطبيعى أن يهتم كل إنسان بتتبع اكتشافات العلم الذى يناقش صحة الإنسان العقلية ، وما يعوق اكتمالها ، وما يحفظ للإنسان مقومات صحته النفسية واتزان شخصيته . إلا أن تعريف علم الصحة النفسية كأحد فروع علم النفس ما زال بعيداً عن التحدد ، ويرجع ذلك إلى الإختلاف الكبير فى التوجهات النظرية لمدارس علم النفس التى تصدت لدراسة أوجه الصحة النفسية وخصائصها ، حيث تؤكد كل مدرسة على الجوانب التى يستند إليها إطارها النظرى فى حين تهمل بدرجة أو بأخرى الجوانب التى تؤكدها الأطر النظرية الأخرى .

ومع ذلك فإن الغالبية العظمى من تعريفات الصحة النفسية تنتمى إلى إحدى فئتين . أولاهما تتخذ من اللاسوية نقطة الإنطلاق ، حيث تعرف الصحة النفسية على أنها انتفاء للمرض وغياب للأعراض ، وبالتالى يتركز الإهتمام على دراسة الجوانب المرضية ووصف وتصنيف الأمراض ودراسة خصائصها وأعراضها ... وهكذا . أما الفئة الثانية فيتركز إهتمامها الأساسى على الجوانب الإيجابية للصحة النفسية والخصائص السوية لشخصية الإنسان ، والشروط التى ينبغى أن تتوافر فى الوظائف النفسية بحيث تعمل متناسقة ضمن الوحدة الكلية للشخصية ( صلاح مخيمر ١٩٧٩ ، ص ٢٥ ) .

والحقيقة أن التركيز على السوية أو على اللاسوية فى تعريف الصحة النفسية يمثل مجرد خطوة البداية التى يعقبها بالضرورة خطوات تصل إلى تناول التنقيض ، وهذا يعنى فى النهاية أن كلا الأسلوبين يلتقيان عند مبدأ تعريف الصحة النفسية فى صورة متصل ، يمثل طرفاه السوية فى جانب واللاسوية فى الآخر ، فى حين تنتشر على مدى طوله الصور المختلفة من مظاهر الصحة النفسية سواء كانت أكثر اقتراباً من طرف السوية أو من طرف اللاسوية .

بذلك يكون طرفا المتصل هما المثال أو التجريد المطلق ، أحدهما يعنى السوية

الخالصة التى لا تشوبها أى شائبة من اللاسوية ، ويعنى الآخر اللاسوية الكاملة التى تغيب فيها كل مظاهر السوية . والحالتان تستحيلان فى الواقع ، فى حين تمثل الحالات الواقعية درجات السوية واللاسوية على متصل الصحة النفسية . هذه الدرجات تختلف فيها نسبة عناصر السوية واللاسوية من شخص لآخر ، بحيث تتواجد دائماً وفى نفس الوقت عناصر من كلا الطرفين .

أن طبيعة البشر من التعقيد بحيث لا يمكن تبسيط مفهوم السوية أو اللاسوية إلى الحد الذى يعتبر فيه أحدهما مجرد نقيض للآخر . فدراسة الصحة النفسية تكشف أن حالات السوية تشترك فى بعض خصائصها مع حالات بعيدة كل البعد عن السوية . والعكس أيضًا صحيح ، فحالات اللاسوية لا يمكن أن تكشف عن خصائص لا سوية خالصة . إلا أن تحديد حظ فرد من الأفراد من السوية أو اللاسوية يجب أن يخضع لمعايير دقيقة بحيث توضع فى الاعتبار كل المتغيرات المؤثرة فى صحة الإنسان النفسية سواء كانت متغيرات ذاتية شخصية أو متغيرات بيئية اجتماعية . ولعل هذا يعد من أبرز اهتمامات علم الصحة النفسية .

بداية ، يجب فى المقام الأول استكشاف المعانى المتضمنة فى مصطلح الصحة النفسية مع تحديد خط فاصل بين المقصود بالصحة النفسية كعلم ، والمقصود بالصحة النفسية كمفهوم له معناه ومضمونه السيكولوچى .

## أولاً : علم الصحة النفسية Mental Hygiene :

ـ يعرف الدكتور صلاح مخيمر علم الصحة النفسية على أنه « الدراسة العلمية للصحة النفسية ، أى لعملية التكيف ، ما يعين عليها وما يعوقها وما يبعث فيها الإضطراب ، والأشكال المختلفة لهذا الإضطراب . وذلك حتى يكون من الممكن الإبقاء على هذا التكيف ، ووقايته مما يتهدده من أشكال الإضطراب وعلاج الفرد منها » ( صلاح مخيمر ١٩٧٩ ، ص ٢٦ ) .

هذا التعريف يؤكدعلى أن هذا الفرع التطبيقى من علم النفس يدرس الأوضاع المثلى لحالة الإنسان النفسية ، والمشار إليها فى التعريف كناتج لعملية

التكيف ، ثم يدرس الشروط المدعمة لهذه الأوضاع المثلى ، والظروف المعوقة لها بحيث يمكن الإهتمام بالأولى وتنميتها ، وتفادى الثانية لتجنب آثارها الضارة ونواتجها المرضية .

وهذا يعنى أن علم الصحة النفسية يشتمل على شقين ، أولهما نظرى ، يختص بالدراسة العلمية للعمليات المرتبطة بمستوى الصحة النفسية للأفراد : ما يؤدى إليها ويحققها ، وما يعوقها ، وما يمكن أن ينشأ من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية ، ودراسة أسبابها وتشخيصها . أما الشق الثانى فهو الشق العملى التطبيقى ، حيث يتم توظيف المعارف والمعلومات المتراكمة عن الشق النظرى ، وتحديد الإجراءات الواجب اتخاذها سواء للوقاية من المشكلات فى المستقبل ، أو لتغيير الأوضاع الحالية عندما يتطلب الأمر فى حالات المرض النفسى أو أى من صور المشكلات والإضطرابات النفسية ـ أى الإجراءات العلاجية .

وعلى هذا يمكننا تبنى تعريف الصحة النفسية كعلم ، على أنه « ذلك الفرع من علم النفس الذى يهتم بتحقيق هدف عام هو المحافظة على الصحة النفسية للأفراد والإرتقاء بها إلى الحد الأقصى ، ويتضمن ذلك اتخاذ كل الإجراءات التى تؤدى إلى الوقاية من الإضطرابات النفسية والعقلية ، وإلى علاجها إن وجدت ، وإلى تحسين التوافق النفسى للأفراد وتحسين مقدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية سوية » .

فإذا كان هذا التعريف يصف الآليات التى تشكل فى مجملها خطة عمل علم الصحة النفسية ، فالخطوة التالية تتضمن التعرض لمفهوم ومضمون مصطلح الصحة النفسية وما يرتبط به من مفاهيم من قبيل التكيف النفسى ، والتوافق النفسى والاجتماعى .

## ثانيًا :- مفهوم الصحة النفسية Mental Health:

أو الصحة النفسية كحالة . إن صح التعبير . فمفهوم الصحة النفسية هو ذلك التصور الذى يضم شرحًا وافيًا للمظاهر والخصائص النفسية ، وما تنطوى عليه من دلالات سيكولوچية تشير إلى طبيعة شخصية الإنسان ومميزاتها والوصف الكمى

والكيفى لتلك الخصائص بحيث يمكن تحديد موقع الفرد على متصل الصحة النفسية بين طرفى السوية واللاسوية . ونظراً لأن الشخصية الإنسانية بناء معقد تتداخل فيه العديد من الجوانب وتتبادل التأثير ، فإن مفهوم الصحة النفسية لا بد وأن يغطى كل جوانب الشخصية العقلية والبدنية والنفسية والاجتماعية والروحية . ومع ذلك فلا يمكن التوصل إلى تعريف قاطع للمفهوم نظراً لأن اختلاف النظرية يؤدى إلى تفاوت فى التركيز على بعض الجوانب دون الأخرى . حتى أن مفهوم الصحة النفسية لدى الكثيرين يعتبر مفهوم ثقافى حيث يختلف تعريفه من ثقافة لأخرى ، « والإختلاف فى هذا الأمر طبيعى ، فكل مفكر يفكر فى ضوء إطار معين ويختلف المفكرون فيما بينهم من حيث هذه الأطر باختلاف الإعداد العلمى لهم ، وباختلاف الثقافة التى يعايشها كل منهم وكذلك بإختلاف المنحى الفكرى الرئيسى الذى يتبعوه » . ( عبد السلام عبد الغفار ١٩٨٠ ، ص ٥٤ ) .

على أى حال ، يمكن رد معظم تعريفات الصحة النفسية كحالة أو كمفهوم إلى نموذج يعتبر صميم الصحة النفسية هى عملية تكيف الإنسان أو توافقه مع ذاته ومع بيئته .بمعنى أن صحة الإنسان النفسية ترتبط من ناحية بالإتساق الداخلى لشخصيته ، وذلك على الرغم من تناقضاتها وصراعاتها . ومن ناحية أخرى ترتبط بمدى قدرة الإنسان على مواجهة المواقف المختلفة فى عالمه والمشاركة فى الحياة الجماعية بفاعلية تتيح التواصل المشبع مع الآخرين وتتيح تحقيق الذات فى إطار الجماعة ( صلاح مخيمر ١٩٧٩ ص ٢٨ ) .

بهذا يصبح جوهر الصحة النفسية هو عملية التوافق النفسي والاجتماعى ، وهو مفهوم واسع الاستخدام فى مجال دراسات الصحة النفسية ، وقد تطور مفهوم التوافق عن مصطلح التكيف adaptation الذى يشير إلى قدرة الإنسان على التواؤم نفسياً مع الظروف والشروط المحيطة به . والحقيقة أن مفهوم التكيف مفهوم مستعار من العلوم الطبيعية ، وقد استخدمه دارون فى سياق نظريته المعروفة للنشوء والإرتقاء معتبراً هذا التكيف من أهم مقومات الإستمرار فى الحياة وفقاً لشروط مبدأ الإنتخاب الطبيعى حيث لا يبقى إلا الأصلح ، والكائن الحى الذى يستطيع البقاء هو الذى تتوفر له القدرة على التلاؤم مع الظروف البيئية ، فعندما تحدث فى البيئة

تغييرات ضخمة ومفاجئة يكون على الكائن الحى أن يواجهها بتغييرات ذاتية التشكيل autoplastic إن كان له أن يستمر فى البقاء حياً ( مجدى عبيد ١٩٩٢ ص ١٠ ) .

إلا أنه مع تطور دراسات الصحة النفسية تبين أن مفهوم التكيف لا يكفى لتفسير العمليات النفسية المعقدة التى تحدد نصيب الإنسان من السوية أو المرض ، كما أن سلبية التكيف للشروط الخارجية لا تتفق وإيجابية الفعل السلوكى والنشاط النفسى لدى الإنسان . لذلك حل مفهوم التوافق النفسى sdjustment محل مفهوم التكيف ، حيث يعبر التوافق النفسى عن قدرة الإنسان على استيعاب الشروط الخارجية وتحقيق التناغم بين ما تفرضه هذه الشروط . وبين احتاجاته الخاصة التى يطرحها كيانه الإنسانى الفرد . بعبارة أخرى امتد مفهوم التوافق ليغطى المتغيرات المعبرة عن كيان الفرد من حاجات ورغبات ومتطلبات بعد أن كان التكيف لا يفسر إلا تأثير الضغوط الخارجية على الإنسان . ونجد هذا المعنى واضحاً فى تعريف وولمان للتوافق النفسى ، حيث يعرفه على أنه ذلك « التنويع والتغيير فى السلوك اللازم لإشباع الحاجات وتلبية المتطلبات بحيث يستطيع الفرد أن ينشئ علاقة متناغمة مع البيئة ( Wolman , 1973 ) .

وبرغم أن مفهوم التوافق بهذا المعنى يحدث توازناً ـ كان مفقوداً فى مفهوم التكيف ـ بين ضغوط ومؤثرات البيئة من جانب وحاجات ومتطلبات الفرد من جانب آخر ، إلا أنه يفتقر إلى المرونة الكافية المطلوبة فى عملية جوهرها هو الحوار بين حياة الإنسان داخلياً وخارجياً . حتى أن هناك من تعريفات التوافق ما يؤكد على معانى الثبات والجمود ، مثل تعريف انجلش وانجلش الذى يرى أن التوافق هو مجرد « اتزان استاتيكى بين كائن عضوى وبيئته المحيطة ، حيث لا يوجد تغير فى المثير يستدعى استجابة ، فما من حاجة غير مشبعة ، وكل وظائف استمرارية الكائن العضوى تعمل بشكل عادى » ( English & English 1961 ) . ومع أن صاحبى التعريف يقران بأنه تعبيز عن حالة مثالية لا توجد فى الواقع إلا درجات من الإقتراب منها ، إلا أن هذا فى النهاية لا يعنى سوى أن أمثل درجات التوافق

النفسى قد لا تتحقق إلا مع موت الكائن الحى وفنائه ، نظراً لأن الموت هو قمة الإتزان الإستاتيكى .

إن الحياة الإنسانية غنية بالتغيرات والتطورات السريعة التى لا تتوقف أبداً ، لذلك فإن افتراض ظروف معينة تحيط بالإنسان لها طابع الثبات يصبح افتراضاً غير واقعى . كما أن الشروط والظروف الداخلية التى تحدد بنية الشخصية الإنسانية ـ أيضاً ـ ليست شيئاً جامداً أو حالة معينة تتحدد مرة واحدة ثم تثبت على وضعها ، وإنما هى ظروف وشروط دائمة التغير والتحول فى صيرورة لا تتوقف أبداً . لذلك كان من الضرورى تعديل مصطلح التوافق النفسى بحيث يلائم طبيعة التغير والتحول الدائمين فى حياة الإنسان .

لهذا ، فقد طرح مصطلح التوافقية adjustability ليحل محل مصطلح التوافق . ذلك لأن هذا الإشتقاق اللغوى يعنى الفرق بين الحالة الجامدة ، أو الإتزان الاستاتيكى على حد تعبير انجلش وانجلش ـ وبين القدرة المتجددة والإمكانية القابلة للتغير والتطور فى كل لحظة من لحظات حياة الإنسان . بعبارة أخرى ، يعنى مصطلح التوافقية قدرة الفرد على الإختيار بين البدائل المختلفة من الأساليب التوافقية كلما اقتضى الأمر منه قدراً من المرونة ليحتفظ بالتوازن النسبى القائم بين ما تتطلبه شروط البيئة الخارجية وما تفرضه احتياجاته النفسية الراهنة عند كل موقف .

إلا أن المرونة التى ينطوى عليها مصطلح التوافقية لا تقتصر على تحقيق أهداف خفض التوتر والتواؤمية وحسب . وأنما يتضمن مفهوم السلوك التوافقى قدراً من الإيجابية يتجاوز مجرد الوجود الراكد ـ إن صح التعبير ـ المتضمن فى حالات التكيف إلى عمليات أكثر رقياً هدفها الأساسى هو تحقق الإمكانات الإنسانية . فالعملية التوافقية ليست مجرد خفض للتوترات التى تهدد الإتزان ، وإن كان هذا قد يصدق فى بعض الحالات المرضية ، أما بالنسبة للكائن المتوافق أو الأكثر توافقاً ، فمن المستحيل أن نتصوره وكأنه مجرد وعاء يمتلىء بالتوترات فيعمل على خفضها، وإنما بالأحرى يمكن تصوره على أساس أن الإيجابية تكون أبرز خصائصه

ويكون سعيه لتحقيق إمكاناته الفريدة وتنمية هذه الإمكانات هو المحك الحقيقى لمستوى صحته النفسية ، فبقدر ما يحقق الفرد إمكاناته بقدر ما يكون نصيبه من التوافق ( مجدى عبيد ١٩٩٢ ، ص ١٥ ) .

بهذا المعنى يكون الاقتصار على التواؤمية وخفض التوتر أقرب إلى اللاتوافقية . فصميم التوافق إيجابية واستمرارية قوامها القدرة على التطور والمرونة من أجل تقبل التغيير والسماح بالنمو مهما ارتبط بصعوبات ومشكلات تصحب عادة التغير والتطور . فالصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بالصحة وتوظيفها لإسعاد الفرد وتحقيق إمكاناته ، وليست مجرد غياب التوترات أو البرء من الأعراض .

ومع هذا التحديد النسبى لمعنى مفهوم الصحة النفسية والتوافق النفسى ، يصبح لدى الباحث فى مجال الصحة النفسية إطار مرجعى عام يستطيع بالرجوع إليه أن يحدد مستوى التوافق النفسى لدى الحالات التى يدرسها سواء فى إطار نظرى معرفى ، أو فى سياق عملى أثناء تعامله مع الحالات الفردية تشخيصاً أو علاجًا . وعندما يكون الهدف هو تحديد نصيب فرد معين من الصحة النفسية ، يجب مراعاة اعتبارين رئيسيين يتعلق أولهما بالمعيار أو المحك الذى يمكن الرجوع إليه لتحديد مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية . أما الإعتبار الثانى فيتعلق ببعض التصورات والخصائص التى يمكن اعتبارها من مميزات الشخصية السوية المتوافقة .

## اولاً : معايير الصحة النفسية

يؤكد مازلو على حقيقة أن الطبيعة الإنسانية طبيعة سوية ومبدعة ، بمعنى أن الإنسان العادى سوى وقادر على الخلق وتغيير البيئة المحيطة به من خلال توظيف استعداداته ومواهبه الفطرية . ولعل هذا التأكيد على الجوانب الإيجابية من الصحة النفسية من أهم مميزات التيار الإنساني الذى يمثله مازلو ، والذى يختلف مع العديد من الاتجاهات المعاصرة فى دراسة الصحة النفسية .

فقد كان اهتمام العلوم السلوكية والممارسات الكلينيكية فى دراسة ديناميات الشخصية منصباً على الجوانب المرضية مما أدى إلى توافر معلومات كثيرة ونظريات قيمة تتعلق بمفاهيم الشخص المنحرف ، المريض ، القلق ، العصابى ، المضطرب ، وسيء التوافق . وعلى العكس من ذلك لا توجد إلا معلومات قليلة عن طبيعة السواء النفسى . بل وهناك من يذهب إلى القول بأنه لا يوجد فى الواقع ذلك الإنسان الذى يمكن أن نعتبره إنساناً سوياً . وعلى أى حال ، فأن دراسة ديناميات الشخصية المرضية قدمت لنا معلومات قيمة عن المرض والسوية فى نفس الوقت ، ولكن هذا يعنى أن فهمنا لسواء الشخصية لا يزال فى معظمه مستمد نتائج البحث فى أمراض الشخصية .

ومع تراكم المعرفة فى مجال الصحة النفسية ، أصبح من المطلوب بالحاح تحديد أسلوب يمكن من خلاله التعرف على نصيب الفرد من الصحة النفسية كماً وكيفاً . وقد يكون من الصعب أن يحدث نوع من الاتفاق بين كافة مدارس علم النفس فى هذا الصدد ، إلا أن الإختلاف فى هذا المجال قد يصبح مفيداً عندما يعنى اتساع الزوايا التى تتحدد المعايير فى ضوئها بما يغطى أكبر رقعة من الحقيقة فاختلاف طبيعة المعيار الذى يحدد مستوى الصحة النفسية للأفراد من مدرسة لأخرى لا يعنى أن هناك معيار صادق وآخر غير صادق ، وإنما يعنى أن الزاوية التى ينظر إلى شخصية الإنسان من خلالها مختلفة مما يطرح فى كل رؤية تغطية لجانب أو أكثر من جوانب الشخصية فى سوائها ومرضها .

والآن : ما هى معايير الصحة النفسية ؟

تعنى كلمة معيار norm لغوياً ذلك القياس الموثوق به authoritative standard للحكم على شىء معين . وبالتالى تتضمن كلمة سوى normal معنى الالتزام بهذا المعيار بحيث تكون الشخصية السوية هى المسايرة للقاعدة المعتمدة فى هذا المعيار . وكما سبق أن ذكرنا فإن محاولات تحديد هذا المعيار قد آلت إلى أنواع مختلفة من المعايير التى يجرى استخدامها فى تعيين مفهوم الشخصية السوية وتمييزها عن الشخصية غير السوية كما يتضح من العرض التالى :

**(أ) المعيار الإحصائى :-**

وفقاً لهذا المعيار يشير مفهوم السوية إلى تلك القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالى normal distribution ، والذى يأخذ فيه منحنى التوزيع شكل الجرس . وهو ما يعنى أن أى ظاهرة نفسية عند قياسها ومعالجتها إحصائياً تتوزع وفقاً للتوزيع الاعتدالى بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة فى حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) ودرجات منخفضة ( أقل من المتوسط ) . أى أن حوالى ٦٨٪ من أفراد العينة يقعون فى المنطقة المتوسطة من المنحنى فى حين يتضمن طرفا المنحنى ٣٢٪ من العينة موزعة بنسبة ١٦٪ فى كل طرف من الطرفين .

بهذا المعنى تصبح السوية هى المتوسط الإحصائى للظاهرة ، فى حين يشير الانحراف إلى طرفى المنحنى إلى اللاسوية ، فالشخص اللاسوى هو الذى ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الاعتدالى .

إلا أن المظاهر اللاسوية قد يأخذ بعضها طابعاً إيجابياً مثل الذكاء والابتكار ، وهو ما يعرف باللاسويات الإيجابية Positive abnormalities ، فى حين أن المظاهر اللاسوية الأخرى قد تكون ذات طبيعة سلبية كالأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية والتخلف العقلى .

### (ب) المعيار الكلينيكى ( الطبى ) :-

وهنا تتحدد السوية على أساس من غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض . وعلى العكس من ذلك تتحدد اللاسوية على أساس الوجود الواضح لأعراض المرض أو الاضطراب .

وهذا يعنى بالطبع ضرورة وجود تحديد مسبق للأعراض أو المظاهر التى تميز الاضطرابات النفسية المختلفة ، ولا يبقى بعد ذلك إلا مطابقة حالة الفرد مع قوائم هذه الأعراض التى تصنف الاضطرابات المختلفة ، وكلما قل نصيبه من الاتفاق مع الخصائص التى تصفها هذه الأعراض زاد حظه من السوية .

يتضح من هذا إن المعيار الطبى يهمل إيجابيات الصحة النفسية ، فهو معيار سلبى يصف السوية من خلال إسقاط خصائص اللاسوية عن الأفراد .

### (جـ) المعيار الذاتى ( الظاهرى ) :-

وهو ما يعنى السوية كما يدركها الفرد ذاته فى نفسه ، أى أن المحك هنا هو ما يشعر به الفرد وكيف يرى فى نفسه الاتزان والسعادة والرضا . فالسوية هنا إحساس داخلى وخبرة ذاتية ، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق أو التعاسة أو عدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوى .

ورغم ما لهذا المعيار الظاهرى ( الفينومينولوجى ) من أهمية فى اختبار السوية ذاتيًا experiencnig normality إلا إنه يصعب الاعتماد عليه كلية خاصة فى بعض الحالات من قبيل الحالات الذهانية التى يعطى أفرادها تقديرات ذاتية وانطباعات شخصية عن هدوئهم وإحساسهم بالسعادة كما أن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبراتهم حالات من الضيق أو القلق .

### (د) المعيار الإجتماعى :-

وهنا تتحدد السوية فى ضوء المرغوبية الاجتماعية حيث تكون السوية هى مسايرة Conformity أو موافقة السلوك للأساليب التى تحدد التصرف أو المسلك

السليم المعترف به اجتماعياً .

والحقيقة هى أن لهذا المعيار وجاهته الواضحة حيث أن الشخصية الإنسانية تعد بمثابة انعكاس للواقع الاجتماعى الثقافى الذى يعيشه الفرد . فالمجتمع وثقافته بما يخلقانه من صور التفاعل الإنسانى وبما ييسرانه من ظروف لنمو الشخصية وتشكلها ، يمثلان المحددات الرئيسية لبناء الشخصية فالإنسان كائن حى اجتماعى تاريخى يشتق معظم خصائص شخصيته من حياته الاجتماعية والتاريخية ، فهو كائن محكوم ببعدى الزمان والمكان ، أسلوب حياته يعكس ثقافة عصره .

ووفقًا لوجهة النظر هذه ، فإن تحديد مفهوم الشخصية السوية لا ينفصل عن الإطار الاجتماعى الثقافى : ما يستحسنه ويثيبه من أنماط السلوك ، وما يقره من قواعد ومعايير للسلوك والعلاقات . لهذا ، يفضل أن نتناول الشخصية السوية كمفهوم ثقافى ، فما هو سوى فى جماعة قد يعتبر شاذاً أو مرضياً فى جماعة أخرى . ويعنى ذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد .

ومع مزايا هذا المفهوم الاجتماعى الثقافى لمعايير الصحة النفسية ، إلا أنه لا يخلو من مخاطر المبالغة فى الأخذ بمعايير المسايرة ، أى اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء فى حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية . فرغم ما للمسايرة من أهمية فى عملية التوافق إلا أنها تفتح المجال أمام خصائص لا سوية تكتسب مشروعيتها فقط فى إطار من المرغوبية الاجتماعية كالانتهازية أو الأنانية ، أو التقبل غير الناقد لأوضاع اجتماعية فاسدة وهو ما قد يغلق الباب ـ بدعوى اتهامات الاختلال واللاسوية ـ فى وجه بعض غير المسايرين الذى يجتهدون ببصيرة فى سبيل بناء المجتمع وتطويره . فضلا عن أن المسايرة الزائدة هى فى حد ذاتها سلوك غير سوى .

### (هـ) المعيار الباطنى :ـ

فى محاولة لتجاوز عيوب الاقتصار على جانب أو آخر مما تعتمد عليه المعايير

السابقة فى تحديد نصيب الفرد من السوية أو اللاسوية ، وضع الدكتور صلاح مخيمر معياراً يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثالبها ، وهو ما أطلق عليه اسم المعيار الباطنى ( صلاح مخيمر ١٩٧٩ : ص ٣٢ ) .

فالحكم ليس خارجيا صرفًا كما هو الحال فى المعايير الاجتماعية أو الإحصائية أو الطبية ، كما أنه ليس ذاتيا صرفًا كالمعيار الذاتى قد يجافى الواقع الموضوعى . وإنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث ـ قبل أن يصدر حكمه ـ من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة فى خبراته الشعورية واللاشعورية أيضاً .

فوفقًا للمعيار الباطنى لا يمكن أن نحدد ما إن كان الفرد أقرب إلى السوية أو اللاسوية إلا إذا تجاوزنا مستوى السلوك الظاهرى إلى ما يكمن وراءه من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية ، وكيفية تعامل الإنسان مع هذه المحتويات الكامنة لديه ومدى قدرته على التعبير عنها : والكيفية التى يشبع بها رغباته ودوافعه .

## ثانيا : خصائص الشخصية السوية

أوضح العرض السابق لمعايير الصحة النفسية ذلك الأساس الذى يقوم عليه التصنيف - إن صح التعبير ما بين الإنسان السوى والإنسان المريض أو غير السوى فإذا اعتمدنا على تلك المعايير كمحك تصنيفى يميز بين الأفراد على أساس درجة السوية أو مستوى الصحة النفسية لديهم ، فإننا ما زلنا فى حاجة إلى التعرف على مضمون السوية ، على تلك الخصائص التى تتميز بها الشخصية التى يمكن اعتبارها سوية .

لقد كان لدراسة سيكولوجية الشخصية دوراً هامًا فى تعريفنا بخصائص الشخصية المختلفة فى سويتها ومرضها ، ولكن بالطبع هناك العديد من التعريفات التى تنتمى إلى عديد من المدارس الفكرية فى علم النفس بحيث يصعب تحديد تعريف واحد يجمع عليه أصحاب كل الاتجاهات العلمية فى هذا التخصص ، وسوف نفرد لكل من المدارس الرئيسية الثلاث ( التحليل النفسى - السلوكية - المذهب الإنسانى ) فرصة لإيضاح وجهة النظر الخاصة بها فى الفصل الثانى . ولكن من الممكن أن نقدم هنا تعريف يشمل الخصائص التى تتفق معظم مدارس علم النفس على ارتباطها بالشخصية السوية .

يعرف الأستاذ الدكتور صلاح مخيمر الشخصية السوية أو المتوافقة على أنها تلك الشخصية التى تتميز « بالرضا بالواقع الذى يبدو هنا والآن مستحيلاً على التغير ولكن فى سعى دائب لا يتوقف لتخطى الواقع الذى ينفتح للتغير مضيًا به قدمًا فقدمًا على طريق التقدم والصيرورة » (صلاح مخيمر ١٩٧٩ ، ص ١).

هذا التعريف يغطى معظم الخصائص المميزة للشخصية الإنسانية السوية كالرضا بالواقع غير القابل للتغير والتوافق معه ، وأيضًا العمل الإيجابى على تغيير الواقع الداخلى والخارجى بما يسمح بالنمو والتطور المستمر للإنسانية .

بهذا يمكن أجمال أهم خصائص الشخصية السوية فى النقاط التالية :-

- الواقعية وتقبل الذات .

- الاستقلالية .
- التوجه فى الحياة وفقاً لفلسفة غنية بالمعانى .
- تحقيق الذات .
- النمو المستمر .

## ( ا ) الواقعية وتقبل الذات :

والمقصود بالواقعية هنا يقترب من معنى حسن التقدير للأوضاع الراهنة سواء فى البيئة المحيطة بالإنسان أو فيما يتعلق بإدراك الذات .

فالإنسان الذى يحسن تقدير إمكاناته وقدراته بحيث لا ينتقص منها أو يبالغ فى تقديرها هو الذى يتمكن من توظيفها واستغلالها على أفضل نحو بحيث لا يصادف الكثير من الإحباطات ، أو يثقل كاهله بما لا قبل له به ، كما أن تزايد فرص النجاح على كافة المستويات ( عمليًا واجتماعيًا ، ونفسيًا ) يوفر له إحساسًا مريحًا بالرضا عن الذات وعن الآخرين .

أن الواقعية أو تقبل الذات كما هى ليس رضوخًا سلبيًا للواقع ، وإنما هو تعامل كفء مع الأوضاع التى تستحيل على التغير . وهو ما قصد به مخيمر : الواقع الذى يبدو هنا والآن مستحيلا على التغير ، كالإنسان ذى الإعاقة ( الكفيف مثلاً ) ، الذى يجب عليه أن يعرف ما تعنيه إعاقته بالفعل دون أن يتصور لنفسه قدرات المبصرين ، وأيضًا دون أن يعتقد بأنه لا حول له ولا قوة على الإطلاق متناسيًا البقية الباقية لديه من قدرات فيزيقية ونفسية . وطالما كان تقبل الذات بصورة واقعية اتجاها لا ينطوى على السلبية والخضوع ، فإنه لا بد وأن يحمل السعى إلى استغلال الإمكانات المتاحة إلى أقصى طاقاتها .

أما الواقعية المرتبطة بالواقع المحيط بالإنسان ، فتعنى أن معطيات البيئة التى تتشكل شخصية الإنسان فى سياقها تصبح فى كثير من الأحيان قيود وضوابط لا بد من احترامها والتعامل معها كأمر واقع حتى وإن كان تحمل الإنسان لها فيه بعض المشقة . فالإنسان فى مرحلة المراهقة يقابل السلطة لوالديه والضوابط

الاجتماعية بالكثير من التمرد والرفض . ولكنه يتعلم مع الوقت أن يتقبلها ولو على مضض فى البداية ، ومع ازدياد عمق خبراته يكتشف أهمية ما كان يعتقده قيودا وتصبح هذه القيود المزعومة شيئًا فشيئا جزءًا لا يتجزأ من نسق القيم لديه ، ويكون التقبل المبنى على الاقتناع هنا علامة من علامات النضج والحكمة .

## (٢) الاستقلالية :

والاستقلالية المقصودة هنا ترتبط بقيم إنسانية فريدة صميمها الحرية والمسئولية ... فإن كانت الواقعية تفرض أن يتقبل الإنسان الواقع غير القابل للتغير كما هو دون إنكار له أو تشويه أو تمرد عليه فإن الاستقلالية تعنى أن يأخذ موقفًا من هذا الواقع بإرادته الحرة بحيث يقيم الأمور بوعى ويختار بين أفضل البدائل المتاحة أمامه. فالإنسان السوى لا يعتبر نفسه ضحية للظروف مهما كانت قسوتها ، ولا يفقد القدرة على الاختيار بين البدائل مهما كانت ندرتها .

والإنسان المستقل هو ذلك الذى يعى حدود حريته ويدرك مسئولياته ويقدم على تحملها دون تردد أو اعتماد على الآخرين ، وهو ذلك الإنسان المدفوع من الداخل seflmotivated الذى يرسم لنفسه الأهداف التى تتلاءم مع إمكاناته الواقعية ويتحمل مسئولية تحقيقها وحده متقبلاً بشجاعة نتائج اختياره سواء أصاب النجاح أو صادفه الفشل فلا يلجأ للتبرير وخلق المعاذير وإنما يعاود النشاط بمثابرة كى يعوض ما فاته .

وهذا لا يعنى أن الإنسان المستقل يعزل نفسه عن الآخرين من منطلق اعتماده على ذاته ، ولكن على العكس من ذلك ، فاستنادًا إلى ثقته بنفسه وقدرته على توجيه حياته يمكن أن يعتمد أيضًا على الآخرين فى سياق تبادل الأدوار الاجتماعية لإشباع بعض حاجاته أو لتفادى الإحباط أو للتعاون مع الآخرين لتحقيق مهام جماعية . فالشخص السوى يستطيع أن يصبح عضوًا فعالاً فى الجماعة التى ينتمى إليها دون أن يفقد احترامه لذاته ودون أن تتميع هويته .

### (٣) - التوجه فى الحياة وفقا لفلسفة غنية بالمعانى :

الإنسان هو الكائن الحى الوحيد الذى يستطيع أن يدرك المغزى والمعنى الذى تنطوى عليه الحياة بصفة عامة ، وهو الكائن الوحيد الذى يتساءل عن معنى حياته والهدف منها ويشعر بالحيرة واليأس إذا غاب عنه هذا المعنى أو لم يستطيع أن يعثر عليه . بل أن افتقار حياة الإنسان للمعنى قد يمرضه ... أو حتى يقتله .

« تخيل مجموعة من المتخلفين عقلياً السعداء منهمكين فى العمل ، يحملون الأحجار عبر فناء مفتوح ، وما أن ينقلوا الأحجار من جانب إلى الجانب الأخر للفناء فإنهم يستأنفون العمل فوراً لإعادة الأحجار إلى الجانب الأول ، وهكذا . وهم يقومون بهذا العمل كل يوم بلا كل أو ملل . وفى أحد الأيام توقف أحدهم ليسأل نفسه عما يفعل . ويتساءل عن الغرض من نقل الأحجار من جانب لآخر ، ومن هذه اللحظة لم يعد هذا المتخلف عقليًا إنسانًا سعيداً . هل تعرف ؟ أنا هذا المتخلف » ( Yalom, 1980, p. 419 ) .

هذه هى الكلمات الأخيرة التى دونها أحد التعساء قبل أن يقدم على الانتحار فقد كان خلو حياته من المعنى والهدف أقوى من قدرته على الاحتمال . لم يستطيع أن يستمر فى الحياة فقط لمجرد الاستمرار فى الحياة .

والإنسان السوى هو الذى لا يكتفى بأن تمضى به الحياة بين إشباع وحرمان وسعى لاسترداد الإشباع .. وهكذا . وإنما يهتم دائمًا بأن يكون لحياته معنى وهدف ، وأن يحمل - عبر جهوده وسعيه - رسالة يعتبرها أهم قيمة تنطوى عليها حياته .

### (٤) تحقيق الذات :

أهتم عالم النفس الشهير « إبراهام مازلو » بمفهوم تحقيق الذات اهتمامًا كبيراً، حيث وضعه على قمة الهرم الذى ابتكره كنموذج توضيحى لترتيب الدوافع الإنسانية وفقًا لأهمية كل دافع وما تشبعه من احتياجات أساسية للإنسان حيث افترض مازلو أن قاعدة الهرم هى الدوافع البيولوجية والتى يشترك الإنسان فيها مع

معظم الكائنات الحية الأخرى ، ثم الدوافع الاجتماعية ، ثم الدوافع النفسية التى يعد تحقيق الذات هو قمتها . وهذا يعنى أن أهم الاحتياجات النفسية لدى الإنسان هى الحاجة إلى تحقيق الذات . فالإنسان يدرك ذاته ويعى إمكاناته ولا يستطيع أن يبلغ إلى السوية فى أعلى مراتبها إلا من خلال استثمار طاقاته وإمكاناته أفضل استثمار ، هذا الاستثمار الأفضل هو ما يعنيه علماء النفس بتحقيق الذات .

لذا يعتبر مازلو الأشخاص المحققين لذواتهم مكتملى النضج ومكتملى الإنسانية، فهم أشخاص قد تحقق لهم بالفعل وبطريقة ملائمة إشباع كل حاجاتهم الرئيسية إلى الانتماء والعطف والاحترام ،والمكانة الاجتماعية ،وهم لذلك يشعرون بالرضا الناتج عن تحقيقهم لذواتهم .

## (٥) النمو المستمر :

فتحقق الذات قد يفهم على أنه الوصول للقمة والتربع عليها بما يعنى الجمود عند هذا الحد ، ولكن واقع الأمر يكشف أن توقف الإنسان عند مرحلة معينة من الأداء لمجرد أنه حقق النجاح لا ينتمى للسوية لأنه سرعان ما يتخلف عن الآخرين ، بل وعن ذاته أيضًا ، لأن الطبيعة الإنسانية تحمل دائمًا إمكانات التطور والتغير ، وعلى الإنسان أن يلاحق هذا التطور باستمرار .

وفى التعريف السابق للتوافق النفسى تناول مخيمر معنى الاستمرار فى النمو الذى لا يتوقف إلا بتوقف الإنسان عن الحياة . فإيجابية الإنسان التى تتحقق من خلال تغييره لواقعه إلى الأفضل ـ بالنسبة له ولمن حوله أيضاً ـ لا يكون لها معنى إلا من خلال التخطى المستمر للذات على طريق التقدم والصيرورة .

* * *

كان هذا عرض لبعض الخصائص التى تتفق معظم الأطر النظرية فى علم النفس على اعتبارها من الخصائص المميزة للشخصية السوية ، وأن كان من الملاحظ تركيز الاهتمام فيها على الآراء المميزة لأصحاب المنحى الإنسانى . ومن

الممكن إضافة مجموعة من الخصائص المميزة لآراء كل مدرسة أو إطار نظرى ، حيث أن الحديث عن خصائص الشخصية السوية غالبًا ما يتأثر بالتوجه النظرى للباحث . لهذا يصبح من الضرورى استكشاف أهم مميزات الأطر النظرية الأساسية فى علم النفس المعاصر كى تتضح ملامح الشخصية السوية كما يتناولها كل توجه فى سياق دراسته لسيكولوجية الشخصية والتى يتأسس عليها التنظير الخاص بالأمراض النفسية والعلاجات النفسية ، وتطبيقاتها العملية .

* * *

# الفصل الثانى

## النظريات الأساسية فى علم النفس

- نظرية التحليل النفسى
- نظرية السلوكية
- علم النفس الإنسانى

## نظريات علم النفس الأساسية

بدأ علم النفس كعلم حديث مع الكتابات الأولى لهربرت الذى أصدر مجموعة من الكتب استخدم فيها لأول مرة مصطلح علم النفس ، ويعد كتابه « علم النفس بوصفه علماً » عام ١٩٢٤ من وجهة نظر الكثيرين هو المبشر بميلاد علم النفس المعاصر . ( كارل فلوجل ١٩٧٩ ، ص١٦ ) ، وكان جوهر علم النفس حينئذ هو الإنفصال عن الفكر الفلسفى الميتافيزيقى واعتناق الإتجاه السائد فى العلوم الطبيعية . بعبارة أخرى ، صار الإهتمام منصبًا على الملاحظة والتجريب والتحقق من الفروض من خلال القياس والمعالجات الرياضية ، فى حين انحسر الإهتمام بالأفكار المجردة والتفسيرات التى لا تستند إلى أدلة مادية قابلة للقياس والتجريب . وتطور علم النفس فى اتجاه العلوم الطبيعية إلى درجة التطرف مما أدى إلى توليد النقيض الجدلى لهذا التطرف ، فظهر ما عرف باسم علم نفس الأعماق . واستند فى بداياته على أساس من الإنتقاد الموجه لتخلى علم النفس عن حقيقة الإنسان الكامنة فى أعماقه . فالمبالغة فى الثقة بالأعمال التى تعتمد على تجزئ الظاهرة النفسية إلى وحدات صغيرة تقاس بطريقة شبه منفصله عن السياق الكلى للشخصية أدى إلى فقد الموضوع الأصلى لدراسة علم النفس وهو الإنسان ككل . كما أن المبالغة فى الإعتقاد بأن حقيقة الإنسان هى فقط سلوكه الخارجى أخرج من اهتمام علم النفس دراسة الجوانب الكامنة فى شخصية الإنسان .

وكان الحوار بين لغة التجريب والأرقام ونقيضها الذى يهمل الظاهر - بدعوى سطحيته - ويقتصر على الكامن والخفى ، هو السبيل الذى حقق من خلاله علم النفس تطوره ونموه خلال ما يقرب من القرنين من الزمان . وأفرز هذا الحوار أهم التوجهات النظرية المسيطرة على الدراسات النفسية وتطبيقاتها العملية ، وهو ما نعرفه الآن بالمدارس الفكرية الأساسية فى علم النفس ، أو بنظريات علم النفس وهى نظرية التحليل النفسى ، والمدرسة السلوكية ، وعلم النفس الإنسانى . وتعد نظرية التحليل النفسى هى الممثل لإتجاه علم نفس الأعماق الذى يدرس الشخصية الإنسانية بتركيز أساسى على الجوانب الكامنة والدوافع اللاشعورية ، واعتبار السلوك

الظاهرى انعكاس محرف ـ فى أغلب الأحيان ـ للدوافع والصراعات الكامنة ، وصدى لخبرات وذكريات اكتسبت خلال مرحلة الطفولة الباكرة من حياة الإنسان. أما السلوكية فتهتم أساسًا بالسلوك الظاهر وتعتمد على منهجية علمية مرتبطة بمنهجية العلوم الطبيعية تغلب عليها أساليب الملاحظة والقياس والتجريب . أما الجوانب غير الظاهرة من شخصية الإنسان فتعتبر من وجهة نظر السلوكيين ظواهر غير علمية لا تدخل ضمن إطار الدراسات العلمية لعلم النفس فى الغالب الأعم . وتعد مدارس علم النفس الإنسانى بمثابة محاولة لاستعادة الوحدة الكلية لشخصية الإنسان ، وذلك من خلال استعادة وحدة علم النفس ـ على حد تعبير دانييل لاجاش – بحيث يمكن استنباط تنظير للشخصية الإنسانية يضم معًا الجوانب الظاهرة والكامنة فى سياق متكامل لا انفصال فيه ، وبحيث يتم توظيف إمكانات المناهج التجريبية والقياسية الإحصائية جنبًا إلى جنب مع إمكانات المنهج الكلينيكى والتحليلى ، بالإضافة إلى المنهج الفينومينولوجى ـ وهو المفضل فى الدراسات الإنسانية ـ وذلك تحقيقًا لأفضل فهم ممكن للظاهرة النفسية .

إلا أن الحديث عن وحدة علم النفس لا ينفى أهمية التعرف على مميزات كل توجه نظرى من تلك التوجهات ، حيث أن تصور الصحة النفسية لكل منها يتأثر إلى حد كبير بالمسلمات الأساسية للتنظرية ، وينعكس بالتالى على كافة التصورات الخاصة بسيكولوجية الشخصية وعلم النفس المرضى ، وعلى الإجراءات العلاجية أيضًا .

## اولاً : مدرسة التحليل النفسى

تعتبر مدرسة التحليل النفسى تاريخيًا من أقدم مدارس علم النفس المعاصر وقد بدأت أولى معالم التحليل النفسى تتضح فى نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين على يد مؤسس المدرسة سيجموند فرويد ، الذى ظل لفترة طويلة المدافع الوحيد عن النظرية الوليدة ثم بدأ يستقطب عدداً قليلاً من التلاميذ والمريدين ليضعوا أسس مدرسة التحليل النفسى التقليدى .

وفيما بعد خرج بعض تلاميذ فرويد على آراء مؤسس النظرية ليكونوا مدارس خاصة بهم تختلف فى بعض توجهاتها عن التحليل النفسى التقليدى ، وإن كان الإطار النظرى الأعم ظل واحداً فى كافة المدارس التحليلية الجديدة . ومن أمثلة التحليليين الجدد « كارل يونج » الذى أسس علم النفس التحليلى » ، والفريد ادلر « الذى أسس علم النفس الفردى ، بالإضافة إلى الفرويديين الجدد أمثال « كارين هورنى ، واريك فروم ، وهارى سوليفان .

والتحليل النفسى يمثل نظرية متكاملة تشمل الجوانب النظرية والعملية ، حيث أنها تهتم بالقوانين التى تحكم عملية النمو خاصة فى المراحل المبكرة من حياة الإنسان ، كما أنها تهتم بدراسة بنية الشخصية الإنسانية ، وتوظيف هذه الدراسة فى صورة فنيات علاجية محكمة تتعامل بها مع الحالات المرضية المختلفة .

### المفاهيم الأساسية :

تدور المحاور الرئيسية لمدرسة التحليل النفسى حول :

( تركيب الشخصية ، والمبادئ الأساسية ، ومراحل النمو ) .

### (أ) تركيب الشخصية :

تتركب الشخصية فى ضوء نظرية التحليل النفسى من ثلاثة منظمات : الهى ، الإنا ، الأنا الأعلى . ولا يعتبر هذا التركيب تجزئة للشخصية إلا بشكل نظرى حيث أن منظمات الشخصية تعمل كلها معًا بحيث تمثل الهى الجانب

البيولوجى ، وتمثل الأنا الجانب النفسى ، وتمثل الأنا الأعلى الجانب الاجتماعى والأخلاقى .

**الهى Id** : هى أولى منظمات الشخصية نشوئيًا ، حيث يولد الإنسان مزودًا بكافة متطلباته ودوافعه البيولوجية . والمحللون النفسيون يعتبرون الهى بمثابة الجانب الأكبر من الجهاز النفسى الذى يحتوى على الميول والرغبات فى صورتها الفطرية البدائية التى لم يطرأ عليها أى نوع من التهذيب أو الصقل بعد .

والهى لها دور أساسى فى حفظ حياة الإنسان ونوعه من خلال طرحها الدءوب للرغبة فى إشباع دوافع الإنسان الأساسية .والهى لا تتحمل التوتر الناجم عن غياب الإشباع وإنما تعمل على إيجاد متنفس مباشر لتفريغ هذا التوتر وتجنب الألم المصاحب له .

**الأنا Ego** : نتيجة لتأثير العالم الخارجى أو الواقع تنفصل عن الهى قشرة (رقيقة فى البداية) تنمو نموًا خاصًا ، هذه هى منظمة الأنا التى تنشأ أساسًا لتكون بمثابة الوسيط بين الهى والعالم الخارجى . فالهى بطبيعتها غير منطقية وغير قادرة على التواصل مع الواقع ، أما الأنا وهى المنظمة العقلانية فى الشخصية فتضمن تحقيق مطالب الهى من خلال طرح المطالب على الواقع بالصورة التى يمكن أن تتحقق بها بسهولة .

وعلى العكس من منظمة الهى ، فإن الأنا منطقية يحكمها مبدأ الواقع ـ لا مبدأ اللذة الذى يحكم الهى ـ وهى مركز الذكاء ويقع على عاتقها التوفيق بين مطالب أجهزة ومنظمات الشخصية .

وفى حين يكون محتوى الهى دائمًا لا شعوريًا ـ أى فى غير متناول العقل الواعى للإنسان ـ فإن الأنا شعورية غالبًا ، وإن كانت تحتفظ ببعض الخبرات النفسية فى منطقة قبل / الشعور ـ أى الخبرات المنسيةالتى يمكن استدعاؤها مع شئ من الجهد ـ كما أن لها بعض الجوانب اللاشعورية مثل تلك الجوانب المتعلقة بآليات الدفاع .

ويفترض أصحاب مدرسة التحليل النفسي وجود ارتباط وثيق بين قوة الأنا والصحة النفسية للفرد . فالإنسان يحقق مستويات أعلى من الصحة النفسية كلما كانت منظمة الأنا قوية وقادرة على تحقيق التنسيق المطلوب بين كافة منظمات الشخصية .

**الأنا الأعلى Super Ego** : يتميز الإنسان عن سائر المخلوقات الأخرى بطول فترة طفولته واعتماده على الآخرين لتوفير احتياجاته الأساسية والمحافظة على حياته وتأمينها . وخلال هذه الفترة الطفلية الطويلة يخضع الطفل للسلطة الوالدية خضوعاً يكاد يكون تامًا ، فيتعرف على العالم الخارجي من خلال والديه ، وتتشكل سلوكياته في ضوء تعليماتهما التي يتلقاها في صورة أوامر ونواهي .

ومع نمو الطفل يبدأ يتبنى ـ بصورة لا شعورية ـ وجهة نظر والديه فيقبل على ما يسمحان به ويحجم عما يمنعانه عنه . هذه العملية النفسية تعرف في التحليل النفسي باسم استدخال المعايير الوالدية . هذه المعايير الخلقية المستدخلة هي التي تتكون منها نواة الأنا الأعلى لدى الطفل . وتكون وظيفة هذه المنظمة الجديدة في بناء الشخصية هي التحكم في الصور التي يسمح بتحقيق إشباعات الهي من خلالها . فالأنا الأعلى ينظم عملية الإشباع بالصورة التي يرضى عنها فقط ويمنع الأنا من الحصول على الإشباع للهي بأى طريقة أخرى . لذلك فهو يقوم بدور أقرب للضمير وإن كان يختلف في أنه لا شعورى ، كما أنه غير منطقي وطفلي ، حيث أن مجرد التفكير في الإشباع بطريقة لا يقرها يستفزه فيوقع العقاب على الأنا ويعمل على ضمان كبح جماع الهي .

بهذا يشكل الأنا الأعلى جبهة جديدة تفتح في مواجهة الأنا الذي عليه أن يرضى الأنا الأعلى والهي في نفس الوقت . وعلى الأنا أن يتصرف بحكمة ليتمكن من إشباع رغبات الهي ( التي تضمن للإنسان البقاء حيًا في الأساس ) دون أن يستفز الأنا الأعلى تفاديًا لعقابه القاسي الذي غالبًا ما يعانيه الأنا في صورة مشاعر ذنب قاتلة ، أو مشاعر خزى ، أو اشمئزاز .

## (٢) المبادئ الأساسية فى التحليل النفسى :

وفقًا لنظرية التحليل النفسى هناك مجموعة من القوانين التى تحكم النشاط النفسى للإنسان عبر مراحل نموه وتطوره وتنتمى فى مجملها إلى مبدأ أساسى هو مبدأ الثبات الذى يشتق منه مبدأى اللذة والواقع .

**أ ـ مبدأ الثبات :** وهو مبدأ مستعار من العلوم الطبيعية ، حيث أن توتر المادة يميل إلى التلاشى التدريجى حتى تستعيد المادة توازنها وثباتها . ووفقًا لهذا المبدأ فإن التوتر النفسى الناجم عن غياب الإشباع يميل إلى دفع الكائن الحى إلى السعى لاستعادة حالة الثبات من خلال تحقيق هذا الإشباع عملاً على تخفيض التوتر إلى أقل قدر ممكن .

وبذلك فإن النشاط النفسى يكون دائمًا مدفوعًا بالرغبة إلى استعادة حالة من الثبات أقرب إلى السكون الكامل ، وهى حالة لا يمكن بلوغها بشكل تام إلا إذا مات الكائن الحى . لهذا فإن فرويد يفسر كافة صور النشاط الإنسانى بالسعى إلى استعادة الحالة اللاعضوية وهو ما يخدم غريزة الموت لا غريزة الحياة .

**ب ـ مبدأ اللذة :** وهو اختصار لمصطلح مبدأ اللذة والألم الذى يفسر النشاط النفسى فى ضوء مبدأ الثبات . حيث أن حالة التوتر الدافعة لهذا النشاط تكون ذات طابع مؤلم فى حين أن الحصول على الإشباع وخفض التوتر تؤدى إلى تحصيل اللذة ـ لذلك فإن استجابات الإنسان التى ترتبط باللذة تميل إلى التكرار ، فى حين أن ارتباط التوتر بالألم يؤدى بالإنسان إلى تفادى مواقف التوتر تجنبًا للألم .

والإنسان فى بداية حياته يحكمه مبدأ اللذة وحده ، حيث أن الطفل الوليد يبدى جزعه الشديد عند غياب الإشباع والأمن لأنها تكون حالات توتر مؤلمة فى حين أنه يكرر الاستجابات التى ترتبط معه باستدعاء الإشباع والحصول عليه ، وذلك دون أى اعتبار للواقع الخارجى والضوابط التى يفرضها .

**جـ ـ مبدأ الواقع :** وهو الصورة المعدلة لمبدأ اللذة ، أو هو مبدأ اللذة بعد أن تتعدل صورته من خلال اضطراد نمو الإنسان . فمبدأ الواقع يهدف أيضًا إلى

حصـول الفـرد على اللذة وتجنب الألم ، ولكنه يتلاءم مع الظروف التى يفـرضـهـا العالم الخارجى .

فالطفل النامى قد يؤجل الحصـول على اللذة فى سبيل تفـادى نبـذ المجتـمع الخارجى له . أى أن اللذة العاجلة قد تتعارض مع احتياجات الفـرد للتقـبل ممن حوله والشعور بالأمن والرضا عن الذات ، لذلك فهو يفضل اللذة الآجلة التى لا تحرمه من ميزة القبول والأمن . والحقيقة أن عملية النمو ليست سوى انسحاب اضطرارى لمبدأ اللذة أمام مبدأ الواقع .

د ـ مبدأ قهر التكرار : ويشير هذا المبدأ إلى النشاط النفسى الذى يميل لتكرار الخبرات حتى لو لم تكن مرتبطة باللذة ، بل أنه يشير إلى تكرار الخبرات المؤلمة . وقد فسر فرويد مبدأ قهر التكرار الذى يبدو مناقضاً للمبادئ الثلاثة السابقة على أساس أنه مبدأ شاذ يعمل فيما وراء مبدأ اللذة ، وهو تفسير ما زال غامضاً وكان مثار انتقادات العديد من التيارات الفكرية فى علم النفس .

## (٣) مراحل النمو النفسجنسى :

تعتبر مراحل النمو الإنسانى من وجهة نظر التحليل النفسى مرتبطة بالتعديلات التى تطرأ على الميول والرغبات الجنسية للإنسان منذ الميلاد وحتى الرشد . لذلك فإن نظرية النمو فى التحليل النفسى تسمى بمراحل النمو النفسجنسى للإنسان .

ولعل اكتشاف التاريخ الطويل للدوافع الجنسية السابقة على مرحلة النضج الجنسى الفسيولوجى يعدمن أهم اكتشافات التحليل النفسى وأكثرها جوهرية حيث كشف عن ميول جنسية لا ريب فيها تسبق تلك الميول التى تتفجر مع تفجر مرحلة المراهقة ، وإن كانت تتميز بالتمركز فى مناطق شهوية غير المنطقة التناسلية وباختلاف موضوعاتها وأهدافها عن موضوعات الدوافع الجنسية التناسلية وأهدافها . وتكون المناطق الشهوية قبل الإنسالية مصدراً لإشباع غريزى مصحوب باللذة ، وعند النضج الجنسى السوى تفقد هذه المناطق أهميتها تباعًا وتبدأ تحتل مكانة ثانوية بالنسبة للمنطقة التناسلية التى تصبح لها السيادة . هذه المناطق الشهوية على

الترتيب هى : الفم ، والشرج ، والقضيب ، التى ترتبط بالمراحل التالية فى سياق النمو النفسجنسى :

- المرحلة الفمية .
- المرحلة الشرجية .
- المرحلة القضيبية .

هذه المراحل من وجهة نظر التحليل النفسى تستغرق عادة السنوات الخمس الأولى من حياة الإنسان . لذلك تعتبر هذه الفترة من الحياة ذات أهمية خاصة فى نظرية التحليل النفسى حتى إن أصحاب هذه المدرسة يعتقدون أن شخصية الإنسان تتحدد فى هذه الفترة وأنها تظل محكومة طيلة حياته بآثار الخبرات النفسية التى يمر بها عبر مراحل النمو النفسجنسى قبل الإنسالية . ويعقب هذه المراحل الثلاث مرحلتى الكمون ثم الرشد ، أى المرحلة اللاجنسية ثم المرحلة التناسلية إلا أن أهميتها النسبية لا تقارن بأهمية المراحل الثلاث الأولى .

أ - المرحلة الفمية : هذه المرحلة تبدأ منذ الميلاد وتستغرق العام الأول من حياة الطفل . وتنقسم إلى مرحلتين فرعيتين يغلب على كليهما الميول الفمية للحصول على اللذة . إلا أن المرحلة الأولى لها طابع استقبالى سلبى ويطلق عليها المرحلة الفمية الاستقلالية والنشاط الذى يتضمن اللذة « المص » أما المرحلة الثانية فطابعها إيجابى عدوانى ويطلق عليها المرحلة الفمية السادية والنشاط المؤدى للذة يرتبط باستخدام الطفل لفكيه فى الإطباق : « العض » .

والطفل فى هذه المرحلة لا يميز الموضوعات الخارجية . بل يعتبرها امتداداً نرجسياً لذاته ، والإشباع الذى يحصل عليه من خلال عملية الرضاعة (التغذية) يرتبط بمشاعر الرضا الناتج عن الحصول على الطعام والإحساس بالدفء والأمان والطفل قد يحصل على إشباع كاف فى هذه المرحلة فينمو واثقاً من حب العالم وتقبله له ، وقد لا يحصل على هذا الإشباع فينمو بإحساس مؤلم من عدم الثقة بالذات وبالعالم والشعور بالافتقار إلى الأمن والتوجس من الآخرين .

ب ـ **المرحلة الشرجية** : أو المرحلة الأستيه ، وتمتد عبر العامين الثانى والثالث من حياة الطفل . وتتميز بالنشاط الإيجابى للطفل وظهور بوادر الاعتماد على النفس والعناد فى مواجهة الأم . ويعتبر الصراع بين الأم والطفل الدائر حول التدريب على عادات النظافة وعادات الإخراج هو النشاط الأكثر جوهرية فى هذه المرحلة . كما أن منطقة الشرج تكتسب السيادة كمنطقة شهوية ، حيث أن عادات النظافة والأهمية المتزايدة التى تكتسبها عملية الإخراج تدعم انتقال اللذة الجنسية إلى هذا العضو الجديد .

ويعتبر النمو السوى فى هذه المرحلة مدعماً لاستقلالية الطفل وقوة شخصيته ، وذلك من خلال اعتدال الوالدين فى توجيه النصح وعدم الاعتماد على أساليب اللوم والتوبيخ أو القهر والإجبار . حيث أن الإفراط فى العقاب واجبار الطفل على أداء أنشطة معينة دون اعتبار لرغباته يؤدى إلى عواقب وخيمة تؤثر تأثيراً بعيد المدى على شخصية الطفل فى اتجاهات لا سوية عديدة .

جـ ـ **المرحلة القضيبية** : وتعرف أيضاً بالمرحلة الأوديبية ـ نسبة إلى الأسطورة الأغريقية ـ وإن كان أقرب الاصطلاحات إلى الحقيقة هو « مرحلة العضو التناسلى » ، حيث أن تسمية المرحلة القضيبية تشير إلى مرحلة النمو لدى الذكور فقط .

والحقيقة أن المرحلة الأوديبية لها وضع خاص بالنسبة لنظرية التحليل النفسى ، حيث يرجع فرويد وأنصاره معظم صور الاضطرابات النفسية العصابية إلى مشاكل نفسية مرت بالطفل أثناء معايشته الخبرات المعقدة التى تنطوى عليها هذه المرحلة .

والطفل يبدأ هذه المرحلة باهتمامين أساسيين : هما استطلاع الأعضاء التناسلية التى يبدأ يستشعر الاستثارة فيها ، والميل العاطفى المشبوب للوالد من الجنس المعاكس مع عدائية واضحة تجاه الوالد من نفس الجنس .

والطفل عليه من خلال عدة عمليات معقدة أن يتخلى عن موضوع حبه ويحجب مشاعره العاطفية والشهوية خوفاً من عقاب شديد يتوقعه من الوالد من

نفس الجنس . وعبر مرحلة الكمون يحتفظ بهذه المشاعر فى مستودع اللاشعور حيث لا يسمح لها بالظهور إلا مع تفجرها الكاسح فى مرحلة المراهقة ولكنها عندئذ تكون موجهة نحو موضوع مناسب بعيداً عن المحارم . وهذه هى النهاية السعيدة لمرحلة الأوديب ، أى النمو السوى والملائم ، أما اضطراب النمو خلال مرحلة الأوديب فيؤدى إلى صور عديدة من الاضطرابات النفسية واختلال القدرة الجنسية لدى الفرد فى المستقبل .

## التحليل النفسى وعلم النفس المرضى :

ارتبط التحليل النفسى منذ نشأته الأولى بالحالات المرضية والأمراض النفسية ، فكان نظرية تتعلق أساسا بالمرض النفسى . وكل آراء التحليل النفسى الخاصة بطبيعة الإنسان وبمراحل نموه تدور حول مفاهيم مرتبطة بالمرض النفسى وأسباب نشوئه وتطوره .

والمرض النفسى وفقا لوجهة نظر فرويد هو محاولة للتوافق أو للتسوية بين الرغبة والدفاع ،إلا أن الفرد لم ينجح فى تحقيق هذه التسوية بصورة تبعث على الرضا . فهذه الرغبة التى تنتمى إلى الهى تصارع ضغوط الأنا والأنا الأعلى وضغوط المجتمع كى تبلغ الإشباع الذى لا تستطيع أن تحققه مكتملا ، كما أن قوى الأنا والأنا الأعلى لا تتمكن من إحكام السيطرة على جموح الهى بشكل حاسم . هذا الصراع بين منظمات الشخصية وما تمثلها من قوى هو حجر الزاوية فى تحديد طبيعة وعمق المشكلات المرضية .

إلا أن الصراع فى التحليل النفسى لا يعنى المرض فى حد ذاته . بل أن الحياة بأكملها ليست سوى تناوب بين توازن الإشباع واختلال افتقاد الإشباع ثم السعى لاستعادة التوازن كلما اختل . وفى هذا يقول دانيل لاجاش عن محاولات استعادة الاتزان وتصفية الصراع « إذا نجحت هذه المحاولات واتجه التوافق نحو توازن افضل بين الكائن الحى والبيئة وتحقيق تام لإمكانيات الكائن الحى ، جاز لنا أن نتكلم فى هذه الحالة عن تكامل نموذجى أو إنشائى . وفى حالات أخرى لا يتوصل الكائن

الحى إلى حل الصراع . فيظل التوتر والتفكك اللذان يميزانه باقيين . أو يصوغ الكائن الحى حلولاً غير موفقة لا تخفض التوتر المؤلم إلا بزيادة التفكك بما تستعين به من عمليات توافق تفككية كالكبت وغيره من الحيل الدفاعية التى اكتشفها التحليل النفسى .

وفى هاتين الحالتين الأخيرتين لا يحل الصراع بل يظل قائمًا ويصبح شذوذًا عندما يغدو قاعدة . ولكن الاختلال فى السلوك على الرغم من أنه يعتبر إخفاقًا ومصدر ألم لصاحبه ، فإنه يكون مع ذلك نوعًا من النظام ، وذلك أن الكائن الحى يتعدل بخفض أقوى التوترات وأشدها إيلاما وأكثرها إلحاحًا وقربًا ( دانييل لاجاش ١٩٧٩، ص ص ١١٠ ، ١١١ ) .

فالصراع النفسى إذن ليس مرضيًا بالضرورة ، ولكنه أساس كل صراع مولد للمرض أى أن المرض النفسى يرتبط بالصراع دائمًا . ولكن ليس كل صراع مولد للمرض . وإن الصراع يرتبط بالتوتر والقلق ، وللقلق فى التحليل النفسى أهمية خاصة ، حيث أفرد له فرويدبحوثًا خاصة تمخضت عن نظريته فى القلق ، والتى عدلها فيما بعد ، فقد أخرج فرويد نظريته الأولى فى القلق على أساس ما اعتقد بأنه عملية تحول للطاقة الليبيدية ، حيث يظهر القلق كرد فعل لغياب الإشباع ويبدأ الإنسان يمر بهذه الخبرة عندما يشعر كوليد بغياب الإشباع مع غياب الأم التى تصحب بوجودها الإشباع وتضمنه للطفل الوليد فتتراكم عندئذ حاجات الطفل الجسمية التى لا تجد سبيلاً للإفراغ فتتحول طاقتها إلى قلق ، وفيما بعد يصبح كل حرمان من الإشباع مولدا للقلق من خلال الطاقة الليبيدية غير المشبعة ، إلا أن هذه النظرية واجهت نقداً شديداً حتى أن فرويد نفسه تراجع عنها فى النهاية ، إذ لم يجد مبرراً منطقيًا لذلك التحول الذى يبدو وكأنه عملية نفسية ـ كيمائية تتحول من خلالها الطاقة الليبيدية غير المشبعة إلى قلق . ثم توصل فرويد بعد ذلك إلى الحقيقة التى مؤداها أن الأنا هو الجانب الوحيد من الشخصية الذى يعانى القلق ، وبذلك فإن تحول الطاقة الليبيدية ـ التى هى من مشتقات الهى ـ إلى خبرة يعانيها الأنا يصبح أمرا موضع شك كبير . لذا اقترح فرويد مصدرين للقلق أولهما

تلقائى الظهور عند مواجهة موقف خطر مناظر لصدمة الميلاد ، وثانيهما تقدمه الأنا عند مواجهتها بتهديد حفزة خطرة تندفع من غياهب الهى وتوشك أن تخرج إلى حيز الشعور مما يستنهض دفاعات الأنا لإحكام السيطرة على مشتقات الهى . فالقلق عندئذ يصبح بمثابة إشارة إنذار تعبئ طاقات الأنا التى تهاونت فى إحكام قبضتها على الهى ومشتقاتها فتبدأ تستجمع قواها من جديد لاستعادة السيطرة والتحكم .

وهكذا يكون القلق ـ شأنه شأن الصراع ـ ليس مولدا للمرض بالضرورة ، بل بالأحرى محافظًا على اتزان الشخصية من خلال إجباره للأنا على استعادة الأتزان المفقود بين رغبة الهى والدفاع ، حيث يتحقق على أفضل نحو ممكن إشباع الرغبة فى ظل تأييد وقبول سائر منظمات الشخصية .

ولكن القلق يكون مولدا للمرض فى بعض الأحيان ، وذلك عندما يفشل فى مهمته كإشارة إنذار ، فإذا لم تهب الأنا بالدفاعات وأصبح ضغط مشتقات الهى أكبر من قدرة الأنا على الاحتمال ، غمرها القلق العنيف الذى يزلزل وجود الأنا بكامله ـ كما فى حالات الذهان ، أما إذا كانت دفاعات الأنا غير ناجحة فى قمع رغبات الهى وترويضها فإن القلق من اجتياح مشتقات الهى للأنا يصبح بمثابة المادة الخام التى تتشكل منها أعراض المرض النفسى بمختلف أشكاله .

منظمة الهى إذن مسئولة عن تولد كلا من الصراع والقلق ، والقوة النسبية لمشتقات الهى تعد من العوامل المحددة لطبيعة وشدة المرض العقلى أو النفسى . ولكن ما هى تلك الغرائز الفطرية التى تتكون منها محتويات الهى ؟ إن فرويد يتحدث عن محتويات الهى بوصفها محتويات جنسية المضمون ، والجنسية هنا هى تلك الطاقة الفطرية التى يولد بها الإنسان لتحرك كافة صور نشاطه حفاظًا على حياته كفرد أو على حياة النوع البشرى بأسره ، فالجنسية لدى فرويد لا تقتصر على الجوانب الإنسالية وحسب وإنما تمتد لتشمل كافة صور النشاط الإنسانى ، حتى أن فرويد وجد مكانًا للفن والأدب والدين كأنشطة إنسانية راقية ترجع فى أصلها إلى تهذيب مشتقات الهى والتسامى بها .

على أن نظرية فرويد فى الغرائز تضمنت تفرقة بين غرائز الجنسية كغرائز حياة ( طاقتها هى الليبيدو ) وغرائز عدوانية تنتمى إلى غرائز الموت ( عرفت طاقتها فيما بعد باسم الموربيدو ) ، والهى تشتمل على هذين النوعين من الغرائز فى صورة فطرية فجة تعمل الأنا دائمًا على صقلها وإشباعها بصورة ترضى الأنا الأعلى والعالم الخارجى على حد سواء .

وبهذا فإن نظرية الدافعية فى التحليل النفسى ترجع محركات سلوك الإنسان إلى أصل بيولوجى جنسى ، أو جنسى ـ عدوانى بعبارة أدق ، حيث يصبح النشاط الجنسى للإنسان ( بمعناه الواسع ) هو وسيلة للحفاظ على حياته ونوعه .

فإذا وقع الإنسان تحت ضغط الأنا والأنا الأعلى بقيودهما على حفزات الهى التى تسعى للخروج لحيز الشعور كى تبلغ الإشباع على أرض الواقع ، فأنه يعانى هنا إحباطًا داخليًا لحاجاته الفطرية ، أما إذا كان الواقع ذاته هو الذى يفرض القيود على سبيل الإشباع فالإنسان يعانى هنا إحباطًا خارجى المنشأ . وسواء كان الإحباط داخلى المنشأ أو خارجى المنشأ فإن الأنا يعمل على إحداث بعض التحريفات فى الصور الأصلية للحاجات التى تطلب الإشباع فى محاولة لإرضاء الهى وتحقيق الإشباع لها بصورة يرضى عنها الأنا الأعلى والواقع على حد سواء ووسيلته فى ذلك تكون آليات الدفاع .

إن مشتقات الهى التى تبلغ الإشباع لا تهدد اتزان الفرد ولا تؤثر سلبا على صحته النفسية ، وإنما الخطر يكمن فى تلك المشتقات المحبطة التى لا تجد سبيلاً للإشباع ، فإذا نجح الأنا فى تحقيق التسوية بين الرغبة وبين متطلبات الواقع ، والانا الأعلى استمر الإنسان محافظا على حالة الإتزان النسبى التى تعنى السوية غالبًا ، أما إذا لم تتحقق تلك التسوية فإن هذا الاتزان يتهدد وتبدأ فرصة ظهور الأعراض المرضية تزداد ـ ويمكن تحديد العوامل التى تلعب دوراً حاسماً فى تكوين الأمراض النفسية والعقلية . وذلك كما يلى :

**( ١ ) بذرة العصاب :**

أو ما يسميه أنصار التحليل النفسى العصاب الطفلى ، وهو الذى يتكون فى فترة باكرة من حياة الإنسان . ففى المراحل الباكرة من النمو النفسجنسى قد تتعرض احتياجات الطفل الأساسية للإحباط أو الحرمان الشديد مما يشكل نقطة ضعف فى التاريخ التطورى للإنسان . وواقع الأمر أن الإفراط فى الإشباع قد يؤدى إلى نفس النتيجة ، أى أن الحرمان الشديد أو الإفراط فى التهييج والإشباع كلاهما يؤدى إلى تكوين نقطة ضعف تمثل العصاب الطفلى الكامن الذى يمثل بدوره الشرط الأول لحدوث العرض فيما بعد .

**(٢) نقاط التثبيت المسيطرة :**

أى تلك الفترة التى تكون فيها العصاب الطفلى أو بمعنى أصح المرحلة التى حدث فيها الحرمان أو الإفراط فى الإشباع ( الفمية ، الشرجية ، الأوديب ، إلخ ) . فلكل مرحلة خصائصها التى تلقى بظلالها على طبيعة الأعراض المرضية ومدى شدتها وخطورتها فيما بعد .

ويرى فرويد أن النكوص إلى عهد الطفولة لا يمكن فهمه أن لم يكن فى ذلك العهد ما يبرر كونه جاذبًا إلى هذه الدرجة ، أو له من الأهمية ما يجعله يطغى على حاضر المريض ويفرض خصائصه حتى تبدو الشخصية وكأنها ارتدت فى تطورها إلى مراحل سابقة . وهكذا نكون بصدد طرفين أحدهما تطور معطل والثانى نكوص ، وبين هذين الطرفين درجات شتى يمتزج فيها هذان العاملان بنسب شتى. (سيجموند فرويد ، ١٩٨٧ ، ص ٤٠٣ ) .

**(٣) القوى النسبية للرغبة والدفاع :**

فوفقًا لوجهة النظر الاقتصادية فى التحليل النفسى فإن حظ الإنسان من السوية أو المرض يتحدد من خلال عملية ديناميية ترجح فيها كفة الرغبة ( إذا كانت مشتقات الهى أكثر قوة ومثابرة من دفاعات الأنا ) أو الدفاع ( إذا كان الأنا أكثر قوة وله الغلبة دائمًا على المحاولات المستميتة من جانب الهى لبلوغ الإشباع ) .

فكلما رجحت كفة الرغبة زاد حظ الإنسان من المرض النفسى . ويزيد نصيبه من السوية كلما رجحت كفة الأنا ونجح فى تحقيق التوازن المطلوب بين كافة منظمات الشخصية .

## (٤) الحيل الدفاعية :

نظرا لأن الرغبات والحفزات الفطرية تكون دائمًا فجة وبدائية فإنه لا سبيل أمامها لتحقيق الإشباع إلا من خلال الوظيفة التى يؤديها الأنا فى تحسين صورتها والتمهيد لتحقيق الإشباع المطلوب لها فى الواقع المحيط سواء عن طريق التأجيل (رضوخًا لمبدأ الواقع واللذة الآجلة ) ، أو عن طريق التحريف باستخدام الحيل الدفاعية أو آليات الدفاع المختلفة .

وآليات الدفاع إما أن تكون ناجحة ، أى تؤدى وظيفة تحقيق التسوية بين الرغبة والدفاع ، فتؤدى إلى تحقيق الاتزان الانفعالى والصحة النفسية والسوية ، أو أن تكون دفاعات فاشلة لا تحقق تلك التسوية ، أو تحققها بشكل جزئى غير كاف، وتكون بذلك دفاعات مولدة للمرض لها دور أساسى فى تكوين الأعراض وتحديد طبيعة المرض .

ولعل من أوضح أمثلة الدفاعات الناجحة « التسامى » حيث تتحول الرغبات الدنيا إلى أنشطة إنسانية سامية كأن يمتهن صاحب الحفزات العدوانية الممعنة فى السادية مهنة الطب فيصبح جراحًا مرموقًا ، أو يتجه صاحب الحفزات الشرجية السادية إلى الفن كالتصوير الزيتى مثلاً . والكبت الناجح يعد أيضًا من الدفاعات السوية ، حيث يتم قمع الحفزات الخطيرة ـ كالجنسية التناسلية المحارمية ـ ويتأجل الإشباع لحين الحصول على موضوع جنسى لا محارمى .. وهكذا .

أما الدفاعات المولدة للمرض ، فمن أمثلتها الإنكار الذى قد يذهب بالمريض إلى أكثر الأمراض خطورة ( المرض العقلى ) حين ينكر الإنسان الواقع المحيط بأسره. أو آلية الإسقاط التى تلعب دوراً كبيراً فى مرض البارانويا .

وهكذا أيضًا آلية العزل التى تشارك فى تكوين أعراض العصاب القهرى الوسواس، وآلية الإزاحة التى تسهم فى تشكيل أعراض المخاوف المرضية ... وهكذا.

كما أن آليتى النكوص والتثبيت لهما دور أساسى فى تحديد طبيعة المرض ومدى شدته والصورة التى تكون عليها الأعراض . فالنكوص إلى مراحل مبكرة جداً والتثبيت على أساليبها فى الإشباع هو سمة من سمات المرض العقلى . فى حين أن النكوص والتثبيت على المرحلة الأوديبية يمثل أهم عوامل تكوين الأعصبة أو الأمراض النفسية .

## (٥) الواقع المحبط :

إذا كانت العوامل الأربعة السابقة هى بمثابة العوامل المرسبة للمرض النفسى أو العقلى ، فإن الواقع المحبط يمثل العوامل المفجرة لهذا المرض أو ذاك . فإذا شكلت بذرة العصاب ، ونقاط التثبيت المسيطرة ، وقوة الهى وضعف الأنا فى مواجهتها ، ثم الآليات المسيطرة على أسلوب الفرد فى تحقيق إشباعاته وتفاعله مع بيئته - إذا شكل كل هذا الأرضية الخصبة التى تنمو فيها الأمراض النفسية والعقلية ، فإن الضغوط التى تمارسها البيئة على الإنسان فيما بعد تلعب دور القشة التى تقصم ظهر البعير فيسقط فى إسار المرض النفسى أو المرض العقلى .

وقد أجمل دانييل لاجاش رأى التحليل النفسى فى تكوين أعراض العصاب فقال : « إذا كان الشخص مبرءاً من أى استعداد عصابى فإنه يستطيع تحمل الحرمان أو الإحباط وأن يستجيب له بسلوك متكيف كان يجد موضوعًا جديداً مثلاً . أما إذا كان لديه استعداد عصابى فإنه يستجيب باعراض جزئى عن العالم الخارجى وبزيادة فى النشاط التخيلى فتستقل الحاجات الغريزية عن العلاقات الواقعية وعن رقابة الأنا ويرتد الفرد إلى موقف أضمن ، ويبعث اهتمامات أقدم عهداً ، ولا يتوقف هذا الارتداد قبل الوصول إلى نقطة التثبيت أى إلى مرحلة كانت فيها الحوافز الليبيدية والعدوانية تجاه الموضوعات العائلية تفيض بشحنات مفرقة . ولكن النكوص لا يكون كليًا ، فيستمر الأنا إلى حد كبير فى تأدية وظائفه بأسلوب سوى . وفى الاستعانة بحيله الدفاعية ضد ظهور الحوافز المكبوتة فى صور مشتقة . ويؤدى إخفاق بعض الدفاعات إلى تعبئة دفاعات غيرها ، ولا تستطيع الرغبات المكبوتة أن تظهر بأسلوب مباشر بل تبدو على صورة بديلة محرفة شأنها فى

ذلك شأن الحلم . وفى الوقت نفسه يشمل العرض نبذاً لهذه الرغبات اللاشعورية ، ويتضح ذلك عندما يتضمن العرض آلامًا نفسية بدنية ، أو عندما يلحق بوظائف الأنا ضرراً جسيمًا (عقاب الذات) . ومن ثم يبدو العرض تسوية بين الرغبات المكبوتة ودفاع الأنا (دانييل لاجاش ، ١٩٧٩ ، ص ص ١١٩ ، ١٢٠ ).

هذا هو باختصار رأى التحليل النفسى التقليدى فى العملية التى تتكون من خلالها أعراض الأعصبة أو الأمراض النفسية . فالحرمان الشديد فى المراحل الأولى من النمو ( أو عكسه وهو الإفراط فى التهييج والإشباع ) يكون بذرة العصاب ، أو الاستعداد العصابى الذى يمثل دائمًا وعلى مدى التطور النفسجنسى اللاحق للفرد نقطة ضعف تصبغ سلوكياته أحيانًا ـ عندما يشتد ضغط حفزات الهى على الأنا الضعيف ـ وتكشف عن نفسها أحيانا أخرى من خلال استخدامه لدفاعات بعينها ترتبط بصورة أو بأخرى بنقطة تثبيته . فإذا ساهمت البيئة المحيطة بالفرد فى تدعيم الضغوط الواقعة على الأنا من خلال حرمان جديد أو خبرة ضاغطة فإن الأنا يفشل فى مواجهة الأزمة على مستوى واقعى ، فيحاول أن يستبدل هذا الواقع بخبراته الماضية فينكص إلى أضعف نقاط تطوره السابق ( وهى نقطة التثبيت ) ويبدأ يواجه العالم بالأسلوب الذى يتفق مع تلك المرحلة التى نكص إليها مستعملا فى ذلك آليات دفاعية ملائمة تعينه على استعادة الاتزان بين رغبات الهى الجامحة وأناه الضعيف الواقع تحت ضغوط شتى من قبل الأنا الأعلى والواقع فى نفس الوقت . والحقيقة أن الضغوط الرهيبة الواقعة على الأنا من ضغوط الهى من جانب وضغوط الواقع والأنا الأعلى من جانب آخر ، بالإضافة إلى ما يبذله الأنا من جهد فى تعبئة الدفاعات وتدعيمها ـ كل هذا يفسر حالة الإنهاك النفسى والجسمى التى يعانى منها الفرد العصابى إلى جانب أعراضه العصابية الأخرى .

مثال : شاب عانى فى طفولته من مشاعر حرمان شديدة أثناء فترة الأوديب ، حيث لم يلق رعاية كافية من الأم ولم تقدم له حماية كان يتوقعها منها إزاء قسوة الأب الشديدة ومعاملته الجافة له . فنشأ ببذرة عصاب ترتبط بالمركب الأوديبى وما يسوده من مشاعر ليبيدية محبطة من قبل الأم ومشاعر عدوانية تجاه الأب كان لها

ما يبررها على مستوى الواقع . وعلى مدى سنوات عمره الأولى نشأ بميل قوى تجاه كل وجه « أم حنون » يرى فيه ما يعوضه عن حنان أمه المفقود وعداء شديد لكل ما يمثل رمزاً للأب ( المدرس والرئيس فى العمل والرجال الأكبر سناً ... إلخ) وعندما بدأ يبحث عن زوجة ، اختارسيدة سبق لهنا الزواج وتكبره فى السن (التثبيت) ولكن مشروع ارتباطهما فشل لأن السيدة رأت فيه : رجلاً ضعيف الشخصية وهجرته بعد أن وجهت له إهانات بالغة ( تدعيم للحرمان السابق ) . بدأ الشاب بعد ذلك يطور عرضًا عصابيًا يتمثل فى خوف مرضى من الخروج إلى الطريق خوف من أن تدهمه سيارة ضخمة ، ولم يكن يستطيع الخروج إلا إذا صحبته سيدة مسنة تسكن فى نفس المبنى الذى يعيش فيه وكانت تعامله بحنان بالغ وتشفق عليه من مظاهر خوفه الشديد . فقد حصل الشاب من خلال عرضه المرضى على الحنان الذى افتقده من جانب أمه وحمايتها له من موضوع خوفه ، فالخوف من السيارة الضخمة لم يكن سوى خوفًا مزاحاً من خوفه الأصلى من أبيه الذى كان ضخم الجثة فالمرض كان تسوية بين الرغبة (حب الأم واهتمامها وحمايتها) والدفاع (تجريد الشحنة الليبيدية من مضمونها الجنسى واقتصارها على الجانب العاطفى الحنون) وقام ميكانيزم الإزاحة بدور كبير ( استبدال الخوف من الأب الذى يستثير قدراً هائلاً من القلق بموضوع يسهل تفاديه وهو السيارة الضخمة ) .

ويلاحظ هنا أن النكوص والتثبيت كان مرتبطاً بمرحلة الأوديب، وهو ما يميز معظم الأعصبة . فى حين أن النكوص إلى مراحل سابقة على الأوديب قد يؤدى إلى ظهور أعراض مرضية أكثر خطورة كما فى حالة الأذهنة أو الأمراض العقلية . ويميز لاجاش بين العصاب والذهان على أساس دور كل من النكوص والتثبيت : «فالتثبيت والنكوص فى الذهان أعمق منهما فى العصاب ، وتزيد قسوة الحرمان والصدمة فى الذهان بالنسبة إلى قدرة الأنا على الاحتمال ، ويعرض الأنا عن الواقع ويستسلم للهى . وبدلاً من أن ينصب الاهتمام الوجدانى على موضوعات متوهمة نراه ينصب على الأنا ، ويوجز فرويد هذه الآراء فى عبارته التى مؤداها أن الصراع فى الأمراض الذهانية يدور بين الأنا والواقع بينما ينشب فى الأمراض العصابية بين

الأنا والهى . غير أن هذه المقابلة ليس لها إلا قيمة نسبية ، كما أوضح ذلك فرويد. ففى الأمراض العصابية لا ينعدم الصراع بين الأنا والواقع وفى الأمراض الذهانية يمثل الواقع أيضاً الموضوعات التى تميل إليها الحوافز الغريزية ، أى مصادر الإغراء (دانييل لاجاش ١٩٧٩ ، ص ١٢٢) .

« إن الأعراض المرضية هى أوجه نشاط ضارة مؤذية ، أو أنها على الأقل لا تنفع الفرد فى حياته إجمالاً ، وكثيراً ما يقوم بها وهو كاره لها ، أو يشكو مما يصاحبها من الهم والغم والعذاب ، ويتلخص ضررها الرئيسى وماتؤدى إليه من خسران فى المجهود النفسى الذى يبذله المريض فى القيام بها ، وفى المجهود الذى تتطلبه مقاومتها ووقفها كذلك . وحين تكون الأعراض مشتطة غلابة ، قد يؤدى بذل هذين المجهودين إلى نقصان خطير فى الطاقة النفسية للفرد ، حتى ليعجز عن القيام بكل عمل ذى شأن فى الحياة بأسرها . وبما أن هذه النتيجة تتوقف على كمية الطاقة المستنفذة ، فلا يشق علينا أن نرى أن تصورنا المرض تصور عملى فى صميمه. غير أنكم أن تأملتم الأمر من ناحية نظرية دون اعتبار للفارق فى الدرجة والمقدار لاستطعتم أن تقولوا فى غير حرج أننا كلنا مرضى أى عصابيون ، لأن الشروط التى تهيمن على تكون الأعراض تتوافر كذلك لدى الأسوياء من الناس » ( سيجموند فرويد ، ١٩٨٧ ، ص ٣٩٦ ) .

## ثانيا : المدرسة السلوكية

نشأت المدرسة السلوكية كرد فعل متطرف للتعمق المسرف الذى يغلب على التحليل النفسى ، حيث اعتبر السلوكيون أن معظم ما جاء به التحليل النفسى محض اختلاق ولا دليل علمى على وجوده الحقيقى . فالسلوكية ترفض المفاهيم التحليلية الخاصة باللاشعور ، ومنظمات الشخصية والرغبات الجنسية لدى الأطفال ... إلخ . فالإنسان بالنسبة للمدرسة السلوكية ليس سوى ما يمكن أن نراه ونلاحظه ونقيسه ثم نغيره من خلال فنيات سلوكية . أما المفاهيم الافتراضية فهى مرفوضة فى أغلب الأحيان ، وفى أحيان قليلة معترف بها ولكن خارج دائرة العلم، فكل ما لا يمكن ملاحظته وقياسه من السلوك لا يمكن أن يصبح موضوعاً للبحث العلمى . وبهذا فإن السلوكية لا تشكك فى صدق نظرية التحليل النفسى وحسب وإنما تطعن فى علميتها أيضاً .

وتستند نظرية السلوكية فى علم النفس إلى الأعمال المبكرة « لبافلوف ، وثورندايك » ثم «سكنر وواطسن » وغيرهم . وهى نظرية فى عمليات التعلم أساساً . إذ أن السلوكية تؤمن بأن التعلم يلعب الدور الأعظم فى تكوين شخصية الإنسان . فالشخصية الإنسانية هى نظام من العادات المكتسبة عن طريق التعلم ، والتعلم هنا يقصد به الصور المختلفة ـ بين البسيط والمعقد ـ من عمليات الارتباط الشرطى .

وبذلك فإن اكتساب الإنسان لخصائص شخصيته يخضع لمبادئ التشريط من ارتباط الاستجابة بالمثير ، إلى التعزيز ، والتعميم والتمييز ، ثم الانطفاء . فالطفل منذ يبدأ يمارس نشاطه الإيجابى ـ بعد انتهاء مرحلة الانعكاسات وردودالأفعال السلبية ـ يتعلم أن يكرر الاستجابات الموجهة لمثيرات معينة إذا لقيت التعزيز .

فعلى سبيل المثال إذا قام بإنهاء طعامه دون أن تتسخ ملابسه فإنه يلقى تشجيعاً ومكافأة من الأم ، لذلك فإنه يكرر نفس السلوك كل مرة طمعًا فى الحصول على ذلك **التعزيز الإيجابى** . أما إذا لم ينه طعامه أو اتسخت ملابسه والمكان الذى يتناول طعامه فيه فإن الأم تغضب منه وتوبخه ، هذا الغضب والتوبيخ يقوم بدور **التعزيز السلبى** الذى يدفع الطفل إلى تجنب السلوك الذى يجلب له هذه النتائج

غير السارة . ومع تكرار تعزيز السلوك الموجب فإنه يميل إلى أن يثبت مكونًا ما يعرف بالعادة فهنا تتكون لدى الطفل عادة تناول الطعام بالصورة المرغوبة ممن حوله . ويظل هذا هو السبيل الرئيسى لاكتساب العادات وجميع الأنشطة التى يقوم بها الإنسان . فالسلوك المطلوب يثبت من خلال التعزيز المتكرر مكونًا العادة ، والسلوك غير المطلوب يختفى تدريجيًا لأنه لا يلقى تعزيزًا يدعم بقاءه . ومع تجمع العادات الثابتة فى سلوكيات الفرد تبدأ معالم شخصيته فى الإتضاح والثبات .

ووفقًا لوجهة النظر هذه فإن العادات المكتسبة تخضع لقانون وحيد ، بمعنى أن العادات الجيدة والعادات السيئة أيضًا تكتسب بنفس الطريقة من خلال عمليات التعلم . والفيصل فى ثباتها أو اختفائها هو النتائج التى يحصل عليها الفرد من سلوكياته والتى تلعب دور التعزيز والدعم أو التنفير والتجنب .

أما الدور الذى تقوم به عمليات التعميم والتمييز فيعد تطورًا للسلوكيات والعادات المكتسبة فى إطار نفس العملية الأصلية : التعلم الشرطى ، حيث أن التعزيز الموجه لسلوك بعينه يمكن أن يدعم سلوكيات أخرى من خلال التعميم ، فالطفل الذى يتعلم عادات النظافة وقت الطعام يمكن أن يعمم سلوك النظافة فى كل المواقف المشابهة ، فيحافظ على نظافته أثناء اللعب أو أثناء الرسم بالألوان أو أثناء التنزه مع الأصدقاء .. وهكذا . أما التمييز فيعمل فى الاتجاه العكسى ، فقد يتعلم الطفل أن يخاف النحل نتيجة لأن نحلة لدغته فى أحد المرات ، ثم يبدأ يخاف كل الحشرات من خلال عملية التعميم ، ولكن مع تكرار ارتباط النحل وحده بخبرة اللدغ المؤلمة وانتفائها عن باقى الحشرات التى يجدها الطفل غير مؤذية يتعلم أن يخاف النحل وحده مميزًا إياه عن باقى الحشرات .

فإذا تكرر بعد ذلك أن واجه الطفل النحل - فى الحدائق مثلاً - دون أن تصيبه بمكروه فإن استجابة الخوف من النحل تختفى ، أو باصطلاح السلوكية تنطفئ وهذا هو ما يعنيه الانطفاء ، أى زوال الاستجابة المتعلمة إذا غاب عنها التعزيز بشكل متكرر .

هذه هى المعالم الأساسية للفكر السلوكى ، ووجهة النظر السلوكية فى تكون

العادات النفسية التى تكون بدورها بناء الشخصية ، والتى تخرج منها بخلاصة هامة مؤداها أن الشخصية السوية أو المريضة تنشأ نتيجة عمليات تعلم ، وأن العادات تكتسب وفقاً لنفس القوانين سواء كانت عادات سوية أو لا سوية .

فالإنسان يولد باستعدادات موروثة واستجابات آلية ، ثم تبدأ من لحظة ميلاده مؤثرات البيئة فى تشكيل شخصيته من خلال تعريضه للخبرات المختلفة . والمحصلة النهائية تكون نتيجة اكتساب الخبرات المختلفة وفقاً لقوانين التعلم بالارتباط الشرطى البسيط فى البداية ، ثم من خلال الصور الأكثر تعقيداً ، ثم وفقاً لسائر أساليب التعلم الأرقى والأكثر تركيباً .

## المرض النفسى من وجهة نظر سلوكية :

على العكس من التفسيرات التى قدمها التحليل النفسى للعصاب قدمت السلوكية تفسيرات بسيطة بعيدة كل البعد عن التعقد والغموض . فالشخصية الإنسانية لدى السلوكيين هى نظام العادات التى يكتسبها الفرد عن طريق خبرات التعلم التى يمر بها عبر مراحل حياته ، لذلك فإن الجوانب المرضية أو العصابية تكتسب بنفس الطريقة التى يكتسب بها السلوك السوى والعادات السوية . والعملية التى تكتسب بها العادات أى كانت ، هى تلك التى تخضع لمبادئ التشريط الكلاسيكى أو الإجرائى . وبذلك فإن السلوكيين يرفضون المفاهيم التى يلح التحليل النفسى على أهميتها من قبيل الصراع والأسباب الكامنة وبذرة العصاب ودور آليات الدفاع ... إلخ .

وقد أسرف بعض السلوكيين فى تبسيط دراستهم للاعصبة والطريقة التى تتكون بها إلى حد زعمهم بإمكان إحداث الأعراض العصابية ـ التى يرادفون بينها وبين العصاب ـ وذلك من قبيل أعمال هانز أيزنك التى أحدث فيها العصاب تجريبياً فى المعمل ، ومن أشهر هذه الأعمال حالة الصغير البرت . فقد عمد إلى إحداث اقتران بين حيوان صغير اعتاد البرت الصغير على ملاعبته والاستمتاع بصحبته ، وبين صوت قوى يخيف به الصغير . فكلما بدأ البرت يلاعب الحيوان

أحدث الصوت الذى يخيف الطفل ويبكيه ، ومع اقتران مشاهدة الحيوان بسماع الصوت بدأ ظهور الحيوان وحده يستثير لدى الطفل استجابة الخوف والبكاء ، فقد اكتسب هذا « المثير الشرطى » القدرة على استثارة استجابة ادعى أيزنك أنها عصابية ( فوبيا الحيوانات ) . وكان العلاج ببساطة هو ترك الاستجابة العصابية تنطفىء من خلال تكرار ظهور المثير الشرطى دون المثير الطبيعى لمرات عديدة ، ولا بأس من تدعيم الاستجابات السوية من خلال تقديم بعض المطمئنات ( كوجود الأم ) عند اقتراب ، الحيوان الصغير من الطفل . وعندئذ استعاد الطفل حالته الطبيعية وألفته بالحيوان واختفى الخوف واختفت الأعراض .

يتضح من هذه التجربة المعملية إلى أى حد ذهب بعض السلوكيين فى المغالاة فى تبسيط تفسيرهم للعصاب . وفى حالة البرت بوجه خاص يمكن توجيه العديد من الانتقادات ، على سبيل المثال للمرادفة بين استجابة الخوف ومعنى العصاب حيث لا يصح بحال من الأحوال اعتبار هذه الاستجابة الشرطية أعراض فوبيا . ومع ذلك فقد حاول بعض السلوكيين المعتدلين وضع تفسيرات مقبولة للاعصبة ، ومن أمثلتهم فولبه الذى عرف السلوك العصابى بأنه « أية عادة عنيدة من السلوك غير التوافقى يتم اكتسابها فى كيان عضوى سوى من الناحية الفسيولوجية وعادة ما يكون القلق هو المكون المركزى لهذا السلوك ، إذ يكون دائماً حاضراً فى المواقف المسببة للمرض ( حسام عزب ، ١٩٨١ ، ص٥٤ ) .

فالحديث هنا عن عادات غير توافقية تتكون بنفس الطريقة التى تكتسب بها العادات التوافقية . إلا أنها تكون عنيدة ، إذ بالرغم من أنها لا تلقى دعماً أو تعزيزاً إلا أنها لا تنطفىء ، وإنما تتشبث بالبقاء رغم أن نتائجها تكون غير مواتية للإنسان ، ورغم أن الإنسان يعانى القلق فى المواقف المرتبطة بهذا السلوك .

وبرغم عجز فولبه عن تقديم تفسير مقنع للكيفية التى يتشبث بها السلوك العصابى بالبقاء ، ولا ينطفىء رغم نتائجه غير المواتية ، إلا أنه يتمسك بتفسير الأعصبة فقط فى ضوء مبادىء التعلم الشرطى .

وهكذا يقدم السلوكيين وجهة نظر مفرطة فى بساطتها تفشل فى تفسير معظم

الصور الواقعية للأعصبة وترتكب فيها أخطاء منهجية قاتلة من أبسط أمثلتها المرادفة بين استجابات الخوف المكتسبة من خلال الاقتران الشرطى وبين الاستجابات العصابية الأكثر تعقيداً من قبيل المخاوف المرضية وما يصاحبها من مظاهر قلق شديد لا يكفى أن تفسر فى ضوء مبادئ التعلم وحدها .

ونظراً لأن المدرسة السلوكية تؤكد على اعتبار السلوك الظاهرى هو الحقيقة العلمية الوحيدة فى دراسة الظاهرة النفسية ، فقد أدى هذا التأكيد إلى اعتبار المرض والأعراض شيئًا واحداً ، فالفوبيا هى أعراض القلق والخوف من مثير ليس من طبيعته أن يكون مصدراً للخوف ، والوسواس القهرى هو سيطرة الأفكار الغريبة على تفكير الإنسان أو تملك العادات الشاذة من سلوكه بشكل تكرارى مقيت . وهكذا يصبح التعلم وقوانين التعلم المصدر الوحيد لتكوين المرض النفسى دون اعتبار للواقع النفسى الداخلى أو لدوافع الإنسان ورغباته المحبطة وصراعاته الكامنة .

## ثالثا : علم النفس الإنسانى

تعتبر الحركة الإنسانية فى علم النفس بمثابة المدرسة الثالثة بين النظريات الأساسية فى علم النفس المعاصر . وهى تتميز عن النظريتين الأوليين بأنها تضم فى سياقها العام مدارس فكرية مختلفة ومتمايزة إلى حد بعيد نظريا وعمليا ، حيث طورت كل مدرسة فرعية منها أساسا نظريا خاصا يعبر عن وجهة نظر أصحابها فى سيكولوچية الشخصية وعلم النفس المرضى ، وبالتالى فإن لكل منها نظام علاجى يوظف الإطار النظرى على نحو فريد ومميز . فنجد اتجاهات إنسانية فى بعض مدارس علم النفس المعرفى كتلك التى طورها إليس واشتهرت تطبيقاتها باسم العلاج العقلانى الإنفعالى ، وهناك علم نفس الجشطالت ومن أشهر أعلامه فى مجال العلاج النفسى پيرلز صاحب العلاج الجشطالتى ، وأيضًا نظرية الذات لروجرز وتطبيقاتها العلاجية المعروفة باسم العلاج الممركز حول الشخص ، وهناك أيضا علم النفس الوجودى وأنصاره من ممارسى العلاج النفسى الوجودى أمثال فرانكل ورولوماى وپالوم ... وهكذا . وتشترك كل هذه المدارس المتمايزة فى أنها تقوم على أساس من التوجه الإنسانى فى علم النفس ، وهو ذلك الإتجاه المشبع بالميول الفلسفية التى تهدف إلى استعادة موضوعات علم النفس للروح الإنسانية التى تراجعت إلى خلفية إهتمامات مدرستى علم النفس الأخريين .

وقد يحلو للبعض أن يطلق على الحركة الإنسانية فى العلم بصفة عامة اسم الفلسفة الإنسانية نظرًا لما تنطوى عليه من اعتقادات لها طابع فلسفى واضح ( على عبد المعطى ١٩٨٥ ، ص ١٠٧ ) إلا أنه يمكن القول أن الحركة الإنسانية فى علم النفس تعادى صراحة الدراسة التجريبية للإنسان ، والتى تفترض أن البشر موضوعات objects ، أو أشياء things يمكن تحريكها وفقًا لرغبة الباحث فى المعمل . وذلك لأن هذا الأسلوب العلمى المستقل للإنسان لا يقلل من مرتبته وحسب ، وإنما يؤدى أيضًا إلى الحصول على نتائج اصطناعية أو سطحية تافهة ( Hall & hindzey . 1986, p. 342 ) .

وهذا لا يعنى أن الحركة الإنسانية تنتقد التجريب بمعناه الضيق وحسب ،

وإنما هى حركة تنتقد بشدة التسليم المبالغ فيه بجدوى علم نفس المثير ـ الإستجابة وقدرته على تفسير معظم الخصائص الهامة للسلوك الإنسانى المعقد ، وتبدى تحفظاً على المبالغة فى تقدير قوة التحليل النفسى التقليدى والمجدد ، ولا تخفى اشمئزازها من « عبادة » المناهج الكمية وتقديس الأساليب الإحصائية . ورغم ذلك ، فعلم النفس الإنسانى لا ينكر كل أهمية لهذه المداخل الثلاثة ، بل يرى أن هناك دراسات لا يمكن فيها الإستغناء عن بعض هذه المداخل أو كلها . ولكن ما يرفضه أنصار علم النفس الإنسانى هو استخدام السلوكية أو التحليل النفسى أو الأساليب الإحصائية على طريقة « بروكرستين » فى إحداث الإنسجام بين طول ضحيته وطول الفراش الذى يسجيها عليه (Winthrop, 1969, p. 182) . أى أن يحاول الباحث المواءمة بين كل إنسان وبين القوالب النظرية التى صيغت بعناية ودقة من قبل .

ويعرف إليس علم النفس الإنسانى على أنه « دراسة الفرد ككل بوسائل امبيريقية لها صبغة إنسانية على نحو متميز ، وذلك بهدف مساعدة الفرد كى يعيش وجوداً أكثر سعادة وأكثر ابتكارية وتحقيقاً للذات . وهو يركز بوجه خاص على تحقيق أقصى استفادة من خبرات الأفراد وقيمهم وقدراتهم على تحديد مصائرهم » (Ellis, 1973, p. 3)

وهذا يعنى إلتزام علم النفس الإنسانى بالدراسة العلمية المنهجية دون تجاهل لإنسانية الإنسان ، فهو هنا موضوع الدراسة ولكنه فى نفس الوقت القائم بالبحث ، وهو أيضاً المستهدف بالدراسة حيث أن هدف علم النفس فى النهاية هو خدمة الإنسان كى يصبح أكثر سوية وأكثر سعادة ومحققاً لذاته على أفضل نحو .

وقد عبر سيدنى جيرارد ( Jourad, 1968, p.p. 3 - 5 ) عن ذلك التوجه الإنسانى فى دراسة علم النفس من خلال انتقاده للنظريات العلمية التى حولت الإنسان إلى مجرد موضوع آخر من موضوعات الطبيعة ، فقال : « لقد حاول علماء النفس عبر السنين أن يصوروا الإنسان فى نظرياتهم فى صورة آلة أو كائن عضوى شبيه بالفئران والحمام والقرود ، أو نظام اتصالات أو كمبيوتر . باختصار ،

لقد شبهه علماء النفس بكل شيء ما عدا حقيقته : كشخص . وفى الحقيقة إن الإنسان يشبه كل هذه الأشياء ، ولكنه قبل أى شئ حر وفاعل . وأقرب تشبيه يمكن أن نعقده ـ كعلماء نفس ـ مع الإنسان ، هو أنفسنا ، فالإنسان الاخر يشبهنى أنا أكثر مما يشبه أى آلة أو فأر أو حمامة » .

أما هدف علم النفس الإنسانى فيختلف عن أهداف سائر العلوم الأخرى فى بعض النقاط الجوهرية . فالهدف من علوم الطبيعة ـ مثلاً ـ هو الوصول لفهم حقيقة الظاهرة من أجل السيطرة عليها والتحكم فيها لصالح الإنسان والإنسانية . وعلم النفس ـ كعلم ـ يهدف أيضًا لفهم الظاهرة الإنسانية ولكن فيما يتعلق بهدف تحقيق السيطرة والتحكم ، فلا يجب أن يكون فهم الإنسان هو الممهد للتحكم فيه كما نتحكم فى الطقس أو المعادن ، وإنما يجب أن يكون الهدف من فهم الإنسان هو توسيع مدى حريته ومنحه القدرة على استخدامها لأهدافه الخاصة .

من هذا المنطلق نشأ علم النفس الإنسانى الذى يقوم على الإيمان بأن الإنسان الذى فقد هويته كإنسان فى خضم من العلوم التى طغت عليها القوانين المادية الجامدة ليس مجرد شيء أو موضوع للدراسة ، وأنه لا يصح أن يعامل كمجرد موضوع شأنه فى ذلك شأن الحيوان والنبات والجماد . ولا يمكن أن تحكم حياته نفس القوانين التى تحكم سائر الكائنات الأخرى . هذا التأكيد الأساسى على سيادة الإنسان للطبيعة ـ لا العكس ـ هو الذى اشتقت منه المدرسة الإنسانية فى علم النفس مبادئها ، وأهم هذه المبادئ هى : التأكيد على الشرط الإنسانى ، ورفض النزعة الإختزالية ، وحرية الإرادة الإنسانية ، وأهمية مفاهيم تحقيق الذات وتقدير الذات بالإضافة إلى تبنى منهجية علمية مطورة تقوم على أساس من الإتجاه الفينومينولوجى .

### أ ) التأكيد على الشرط الإنسانى :

الإنسان هو المنطلق وهو الهدف فى علم النفس الإنسانى فنحن نبدأ بدراسته وننتهى بتحقيق أهدافه والعمل على إسعاده واكتمال إنسانيته هذا الاكتمال لا

يتحقق بتجزئ الإنسان إلى منظمات متناحرة أو جوانب متباعدة ( فسيولوجية ونفسية واجتماعية ... إلخ ) ، وإنما هو كل لا يتجزأ ، يعمل كوحدة واحدة ، فإذا حقق السوية سعد بها ككل ، وإذا أصابه المرض أصابه ككل وظهر فى كل أحواله التى يعيشها ( جسمياً ونفسياً واجتماعياً ) .

## ب ) رفض النزعة الاختزالية والمدخل العلمى الكاذب :

حيث يرفض الإنسانيون اعتبار الإنسان مجرد جسد أو كائن بيولوجى له نزعات حيوانية كما رآه فرويد ، أو مجرد ضحية لظروف البيئة والتعلم الخاطئ ( كما رآه السلوكيون ) ، فالإنسان كائن يتميز بالوعي ويمكنه أن يتخذ موقفا من ظروفه (بيولوجية أو بيئية أو ما إلى ذلك) ، وبالتالى يرفض الإنسانيون اعتبار الإنسان مجرد شئ أو موضوع للدراسة بدعوى الموضوعية العلمية ويعتبرون هذه الدعوى مدخلا علميا كاذبا .

## جـ) حرية الإرادة فى مقابل الحتمية الشاملة :

ففى حين يرى السلوكيون شخصية الإنسان ـ فى مرضه وسويته ـ نتاج لعملية تعلم تلعب البيئة فيها الدور الأعظم ، وفى حين يرى أصحاب التحليل النفسى أن مستقبل الإنسان وحاضرة محتومان بخبراته الماضية ، فإن أصحاب المذهب الإنسانى يؤكدون أن الإنسان « حر » وإن حرية الإرادة هى أهم ما يميز الإنسان عن ما دونه من مخلوقات . ورغم اعترافهم بدور الوراثة والبيئة والأساس البيولوجى ... إلى آخر العوامل المؤثرة فى شخصية الإنسان ، فإنهم يرفضون اعتبار الإنسان ضحية لهذه المؤثرات لا حيلة له تجاهها . فرغم كل الظروف يبقى الإنسان حرا وتظل أمامه اختيارات وبدائل لا نهائية للوجهة التى يراها أفضل لحياته ، فالإنسان فى سويته ومرضه أيضًا هو صاحب الاختيار وحامل المسئولية وعندما يتخلى الإنسان عن حرية اختياره خوفاً من مسئولية هذه الحرية ، عندئذ فقط يصبح مريضاً ، لأنه يصبح إنساناً فاقداً لأهم ما يميزه كإنسان ــ حريته .

### د ) تحقيق الذات :

في حين يعتبر التحليل النفسي تحقيق المصالحة بين منظمات الشخصية هو جوهر سوية الإنسان . وفي حين يكتفي السلوكيين بغياب الأعراض وتوافر العادات المقبولة اجتماعيا ، فإن الإنسانيون لا يعتبرون الإنسان محققا للصحة النفسية إلا إذا حقق ذاته ورضي عن المستوى الذي يستغل به إمكاناته الإنسانية . فتحقيق الذات هو قمة السوية وقمة الصحة النفسية لدى أصحاب المذهب الإنساني . وتحقيق الذات هذا لا يكتمل إلا من خلال استغلال الإنسان لطاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، بحيث ينفتح العالم للإنسان ـ خاصة من خلال الإبداع والابتكارية .

### هـ) توظيف المنهج الفينومينولوچي :

تتفق معظم ـ إن لم يكن كل ـ مدارس علم النفس الإنساني على تبني المنهجية الفينومينولوچية في دراسة الظاهرة الإنسانية . وهي تلك المنهجية التي تنفرد بكونها لا تنطلق من مسلمات محددة وإنما المسلمة الوحيدة هي أن الحقيقة تطرحها الظاهرة نفسها ولا توجد ـ ولا يمكن أن توجد ـ بشكل يسبق الظاهرة في أي تصور نظري لباحث أو عالم . فالفينومينولوچيا هي ذلك المدخل الفلسفي الذي يهدف إلى إيقاف التقبل الخاضع لكل التصورات المسبقة عن الواقع من أجل الوصول إلى شئ لا يقبل الشك عن هذا الواقع وهو الظاهرة الخالصة pure phenomena (Bohart, 1980, p. 154 ) .

فالفينومينولوچيا تهدف إلى تناول الظاهرة كما هي معطاة في الواقع ، ودون التأثر بالمعرفة النظرية السابقة التي تتعلق بهذه الظاهرة ، حيث يتجاهل الفينومينولوچي أحكامه المسبقة ويصف الظاهرة وصفاً دقيقاً محكماً بغرض الوصول إلى ماهية الظاهرة . فالماهية ليست حقيقة مجردة ، بل هي حقيقة عينية . وتلك الحقيقة العينية هي الهدف الذي من أجله يجب أن يقوم أي علم موضوعي حقيقي (زكريا إبراهيم ، ١٩٦٨ ، ص ٣٢٥) .

لقد دأب علم النفس التقليدي في مدرستيه التحليلية والسلوكية على صب

الظاهرة الإنسانية فى قوالب نظرية تتحول ـ مع الوقت والثقة المكتسبة فى مصداقيتها ـ إلى نوع من القيود التى تحرم الباحث من الإطلاع على الظاهرة الإنسانية فى حيويتها وتدفقها ، وترغمه على البحث عن تفسير الظاهرة الحية التى أمامه فى القوانين المدونة والتراث العلمى المتجمد . وهذه المعضلة لم يكن التغلب عليها إلا من خلال تعديل المنهجية العلمية المستخدمة فى دراسة الظاهرة الإنسانية بحيث يمكن إفساح المجال للأساليب الفينومينولوچية التى تهتم بما هو كائن فعلاً وتتجاوز التفسيرات والبحث عن العلل والأسباب الكامنة والخفية ، خاصة وأننا نتعامل مع ظاهرة فريدة هى الإنسان ذو الإرادة الحرة رغم كل ظروفه ورغم كل المؤثرات التى تخضع لها حياته .

## المرض النفسى فى علم النفس الإنسانى :

تأثرت وجهة نظر الإنسانيين فى طبيعة المرض النفسى تأثراً كبيراً بالأساس الفلسفى الذى تستند إليه مدرستهم وباهتمامهم الخاص بالطبيعة المميزة للإنسان فاجمعوا على رفض تفسير مظاهر السلوك المرضى لدى الإنسان فى ضوء قوانين يمكن أن تسرى على كافة أشياء الطبيعة من جماد ونبات وحيوان . فلا يمكن ـ مثلا ـ أن تفسر أعمق مخاوف البشر كمجرد انعكاسات لمثيرات تعرض لها الفرد ، أو نحكم على مدى سوية الإنسان أو مرضه من خلال الإطلاع على النتيجة النهائية للحرب القائمة بين منظمات الشخصية التى يبدو فيها الإنسان ـ الذى نعرفه ـ مجرد ساحة قتال لا حول له ولا قوة ولا يمكنه أن يقوم بدور إيجابى واعى كى يعدل من نتيجة هذه الحرب الضارية .

على أى حال ، لا ينكر أصحاب الاتجاه الإنسانى كل قيمة لنظرية التحليل النفسى فى الأمراض النفسية . كما أنهم يؤمنون بأهمية الدور الذى تلعبه البيئة فى تكون المسالك اللاسوية ، وأن كانوا يتحفظون على سطحية السلوكيين فى تصورهم لدور المثير ـ الاستجابة والتعلم الشرطى . أما الاختلاف الجوهرى بينهم وبين القوتين الأخريين فيتعلق بتأكيد الإنسانيين على ما يسمونه « الشرط الإنسانى » ، فرغم أن الإنسان يعد كائناً طبيعياً ( كأشياء الطبيعة ) إلا أن هذا لا يكشف عن

كل خصائصه ، وإنما فقط عن أساس بيولوجى مشترك بينه وبين سائر المخلوقات ، ويبقى ما يميز الإنسان كإنسان ـ الوعى ـ الذى يقلل التحليل النفسى من شأنه ، وحرية الإرادة والمسئولية التى لم يعطها التياران معا اهتماماً كافياً .

أما المفاهيم الأساسية التى يتم تناولها بشكل تقليدى فى نظريات علم النفس المرضى كالصراع والقلق والإحباط وآليات الدفاع ، فتجد مكانًا فى تنظيرات التيار الإنسانى أيضًا ، وأن كانت قيمتها النسبية مختلفة ، بالإضافة إلى أن الطابع الإنسانى المميز لهذا الاتجاه يخلق اختلافات تكاد تكون جذرية عن المعانى المألوفة لهذه المفاهيم .

فالقلق على سبيل المثال ، ليس مجرد مصاحب للأعراض المرضية . أو استجابة مكتسبة عن طريق الاقتران الشرطى كما يرى السلوكيون ، كما أنه ليس مجرد إشارة إنذار تعمل على تنبيه منظمة من منظمات الشخصية إلى الخطر الذى يتهددها من جانب منظمة أخرى ( الأنا والهى ) كما هو الأمر فى التحليل النفسى .

وإنما القلق الإنسانى هو قلق إزاء الحياة فى كل لحظة يحياها الإنسان ، فالإنسان يستشعر القلق لأنه يعرف أنه فى لحظة لا يعلمها يقينا سوف يفقد حياته (قلق الموت) ، ويستشعر القلق لأنه يعى مسئوليته عن حياته وما يحققه فيها ، ويستشعر القلق لأنه لا يرضى عما حققه ويطمع أن يتجاوزه ويخشى ألا تسعفه إمكاناته . وهكذا ، فالقلق لا يرتبط بالضرورة باللاشعور والغرائز المكبوتة ، فهذا لا يكون إلا فى بعض الحالات المرضية لا يصح أن تصبح وحدها أساسًا لتعميم نظريات القلق .

أن القلق ليس مرضًا ، وإنما ظاهرة إنسانية تطرحها حياة الإنسان فى كل لحظة من لحظاتها ، بل أن الإنسانيين يعتبرون القلق فى معظم صوه ظاهرة صحية تدل على إدراك الإنسان لمسئوليته وتحمله إياها ، وفى هذه الحالة يصبح القلق دافعاً لأن يسعى الإنسان لتحقيق ما هو أفضل ، ليحقق إمكاناته وليحقق ذاته . وهذا هو ما يطلق عليه اسم « القلق الدافعى » .

إن الاتجاه الإنسانى لا يرفض تفسيرات التحليل النفسى للقلق وإنما فقط يضعها فى موضعها ( أى فى الحالات المرضية التى تكتسب فيها الغرائز المستهجنة قوة أكبر من قدرة الإنسان على السيطرة عليها والتحكم فيها ) أما فى الغالب الأعم فأن القلق يكون ظاهرة طبيعية ، بل وصحية أيضاً .

أما الإحباط ، فإنه يتعلق هنا بإدراك الإنسان لإمكاناته غير المحققة ، حيث يعرف الإنسان قدراته ولا يستطيع أن يستغلها بشكل واقعى . ولا يقتصر الأمر على الرغبات غير المشبعة كما هو معتقد لدى أنصار التحليل النفسى أو السلوكية .

كما أن الإحباط ليس بالضرورة إحباط رغبات لا شعورية ذات طابع جنسى أو عدوانى كما هو الأمر لدى أنصار التحليل النفسى الكلاسيكى . وإنما يعتبر الإنسانيون أن كل قدرات الإنسان وإمكانياته الكامنة إذا لم تستغل لأقصى قدر ممكن فإن هذا الإنسان يستشعر إحباطاً ( الإحباط الوجودى فى المدرسة الوجودية ) أما نظرية الدافعية فتعتبر تحقيق الذات هى قمة الدوافع المميزة للإنسان ، فليست الغرائز هى محرك أنشطة الإنسان كما يرى فرويد ، كما أن تقسيم الدوافع إلى فسيولوجية واجتماعية ... إلى آخر هذه التصنيفات التى اهتم بها السلوكيون تعتبر من الدوافع الأدنى مرتبة بالنسبة إلى الدوافع الإنسانية الراقية التى شرحها مازلو (دوافع الارتقاء كتحقيق المكانة الاجتماعية وتحقيق الذات ) . وبالتالى فإن إحباط الدوافع البيولوجية والدوافع الاجتماعية يصبح أقل تأثيراً إذا قورن بتأثير إحباط دوافع الارتقاء المميزة للإنسان عن سائر كائنات الطبيعة الأخرى .

أما فيما يختص بتطوير أعراض المرض النفسى ، فإن التيار الإنسانى لا يقبل آراء التحليل النفسى والسلوكية الخاصة بالحتمية الشاملة . أى أن يكون حاضر الإنسان محتوماً بماضيه (عثرات فى مراحل النمو النفسجنسى فى التحليل النفسى . أو خبرات مكتسبة غير سوية فى السلوكية ) وذلك لأن الإنسان حر الإرادة ومسئول عن الوجهة التى تمضى فيها حياته رغم تأثيرات ماضيه . وبذلك فإن محور المرض النفسى هنا يكون التضحية بالحرية خوفاً من المسئولية المقترنة بها والقلق الذى يصحبها ، فالإنسان يتخلى عن استقلاليته ويختار أن يحيا كما يحيا الناس ، كفرد

فى حشد لا يتميز عن غيره ، ويترك المجموع يختار له ما يفعل وكيف يفعله، هنا تخلو حياته من المعنى ويفقد هدف وجوده ويعيش كما تعيش الدواب هذا هو المرض النفسى من وجهة نظر الإنسانيين .

ولا يعنى هذا رفضهم لكل ما أتى به التحليل النفسى ( وإن كانوا يرفضون معظم ما أتت به السلوكية ) ، وإنما هم يفسرون آراء التحليل النفسى فى ضوء مفاهيم أكثر إنسانية منطلقة من إسار الغريزة والحاجات البيولوجية التى يعتبرها الإنسانيون وسيلة من وسائل تزييف الحقيقة وتبرير الضعف الإنسانى ، حتى أن آليات الدفاع التى لا ينكرون دورها فى تكوين المرض يعتبرونها أداة لتزييف الواقع الذى يعلم الإنسان أنه لا يرضى إنسانيته وذلك حتى يستطيع أن يحتمله ويتعايش معه .

# الفصل الثالث

## تصنيف الأمراض والإضطرابات النفسية

- دليل تشخيص الأمراض النفسية
- تناول جديد لتصنيف الأعصبة والأذهنة
- موضوعات خاصة

المرض هو الوجه الآخر لعملة الصحة النفسية ، عندما نعتبر السوية والتوافقية وجهها الأول . وقد عرف الكثيرين التوافق من خلال دراسة المرض النفسى ومختلف صور الاضطراب الهينة والعميقة . كما أن بعض نظريات علم النفس ـ مثل التحليل النفسى التقليدى والمجدد ـ اتخذت من الأعصبة والأذهنة نقطة الإنطلاق لبناء نظرى شامل لسيكولوجية الشخصية وعلم النفس والعلاج النفسى .

عمومًا ،. فقد اهتمت كل التوجهات النظرية فى علم النفس بوضع تصور يصف ويفسر الأمراض النفسية . وسواء تضمنت تلك النظريات تحديد نسق علاجى أو اقتصرت على طرح قضايا السوية فى مقابل المرض ، أو سواء كان التركيز على الجوانب السوية من الشخصية أو الجوانب المرضية فإن مهمة تقديم إطار وصفى تفسيرى لمفهوم المرض النفسى شكلت ركنًا أساسيًا فى كل نظرية من نظريات علم النفس المعاصر .

وغنى عن البيان أن أى خدمة إرشادية أو علاجية فى سياق أى نظرية يجب أن تستند إلى أساس من تحديد واضح ودقيق لطبيعة المرض النفسى وخصائصه المميزة وتصنيفاته المختلفة بالإضافة إلى تصور للعمليات النفسية والمؤثرات الخارجية المؤدية إلى نشأة المرض النفسى وتطوره . فهذا البناء النظرى ضرورة لاشتقاق الطرائق والفنيات العلاجية الملائمة ووضع تصور لاستراتيجيات العملية العلاجية وأهدافها المرحلية . لذلك فإننا نجد أن الاتجاهات العلاجية المختلفة تعكس بالضرورة الأساس النظرى الذى تقوم عليه وتوظف فنياتها وأساليبها لتحقيق الصورة المثالية للصحة النفسية والتوافق النفسى كما تتصورهما تلك النظرية .

إلا أن حلقة الاتصال بين الأساس النظرى والعملية العلاجية يجب أن تتضمن تحديد الحالات المرضية كل حالة فى سياقها الفردى ، وهو ما يعرف بعملية التشخيص النفسى ـ فمن خلال عملية التشخيص يتم تحديد موقع الفرد على متصل التوافقية ـ اللاتوافقية ، أو السوية ـ المرضية ، ويتم التعرف على طبيعة المرض أو الإضطراب وخصائصه على كل من المستوى الكمى ( الشدة ) والكيفى النوعى .

وتتدخل فى عملية التشخيص النفسى رؤية كل باحث وفقًا لإطاره النظرى أو خلفيته النظرية ، ووفقًا للمعايير التى يستخدمها للحكم على الحالات العيانية التى يتعامل معها .

ويعد المعيار الكلينيكى ـ الذى سبق مناقشته فى الفصل الأول ـ من المعايير واسعة الانتشار والاستخدام لدى معظم مدارس علم النفس .وهو معيار يرتبط بوصف الخصائص الكلينيكية لمختلف الحالات المرضية بناء على دراسات سابقة عديدة ومتعمقة لحالات واقعية تمت دراستها من قبل باحثين عديدين ، وتوفرت من خلال تقارير الحالات Case Reports التى قدموها خصائص الفئات المرضية المختلفة بشكل أقرب إلى التجريد والنقاء ، حيث أن الفئة المرضية الواحدة تمثل بمجموعة من الخصائص والأعراض الأكثر تواترًا بين أفراد هذه الفئة والأكثر أهمية من حيث دلالاتها التشخيصية . وتجمع هذه الخصائص والتصنيفات فى مجلدات تعرف باسم دليل التشخيص أو التصنيف للأمراض النفسية والعقلية . وهناك عديد من نماذج هذه المجلدات تنتشر فى أنحاء العالم وتتداول فى أوساط علم النفس الكلينيكى والطب النفسى ، ومن أشهرها التقسيم الدولى للأمراض ICD وهو اختصار للعنوان الأجنبى : International Classification of Diseases ، ودليل التشخيص والإحصاء الأمريكى .D. S. M وهو اختصار للعنوان : Diagnostic and Statistical Manual ، وغيرها . ويتم تجديد هذه المجلدات دوريًا بحيث تنقح ويضاف إليها ما يستجد من بيانات تم الحصول عليها من الدراسات الأحدث .

وقد قامت الجمعية المصرية للطب النفسى بإصدار دليل تسخيصى* على غرار تلك المجلدات ، وصنفت فيه الأمراض النفسية والعقلية استنادًا إلى التقسيم الدولى للأمراض ودليل التشخيص والإحصاء الأمريكى وبعض المراجع المشابهة الأخرى . وفيما يلى نلقى الضوء على أهم الفئات التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التى قدمها ذلك الدليل باللغة العربية فى عام ١٩٧٩ لأول مرة .

---

* الجمعية المصرية للطب النفسى : دليل تشخيص الأمراض النفسية ١٩٧٩م .

# دليل تشخيص الأمراض النفسية

## قائمة الفئات التشخيصية :-

- التخلف العقلى .
- الإضطرابات الطبنفسية للصرع .
- الاعتماد على العقاقير والكحوليات ، والذهانات الكحولية .
- الذهان .
- أمراض الهوس والإكتئاب .
- الفصام .
- البارانويا
- الذهانات الوظيفية الأخرى .
- العصاب .
- اضطرابات الطباع والشخصية .
- الاضطرابات النفسفسيولوجية .
- اضطرابات السلوك فى الطفولة والمراهقة .

### (أ) التخلف العقلى Mental Retardation :

يشير التخلف العقلى إلى قصور عام فى الوظائف الذهنية التى تنشأ أثناء مرحلة النمو حتى سن الثامنة عشر ، وهو يتصف بتعطيل كل من التعلم والتكيف الاجتماعى والنضج البدنى والعاطفى . ويتم تشخيص التخلف العقلى على أسس محددة هى : معامل الذكاء ، والتاريخ النمائى للمريض ، والحالة الوظيفية الحاضرة للمريض من حيث التحصيل الأكاديمى والمهنى والمهارات الحركية والنضج الاجتماعى والانفعالى . وتقسم الفئات الكلينيكية للتخلف العقلى إلى :

أ ـ التخلف العقلى البينى حيث معامل الذكاء من ٦٨ إلى ٨٣ .

ب ـ التخلف العقلى الخفيف حيث معامل الذكاء من ٥٢ إلى ٦٧ .

جـ ـ التخلف العقلى المتوسط حيث معامل الذكاء من ٣٦ إلى ٥١ .

د ـ التخلف العقلى الشديد حيث معامل الذكاء من ٢٠ إلى ٣٥ .

هـ ـ التخلف العقلى الجسيم حيث معامل الذكاء أقل من ٢٠ .

والأسباب المؤدية إلى ظهور حالات التخلف العقلى عديدة منها أسباب ترتبط بما قبل الولادة مثل بعض التشوهات الخلقية لدى الجنين كاستسقاء الدماغ أو ضيق الجمجمة ، أو الاضطرابات الكروموزومية كما فى زملة أعراض داون (المنغولية) . وهناك أسباب ترتبط بمضاعفات عملية الولادة مثل الاختناق أثناء الولادة . أو أسباب عقب الولادة مثل مرض الدماغ البيليروبى ( الصفراوى ) . أو كنتيجة لبعض الأمراض مثل الصرع . أو لأسباب نفسية اجتماعية مثل الحرمان البيئي والثقافى .

## (٢) الاضطرابات الطبنفسية للصرع

## Psychiatric Disorders of Epilepsy

وتصنف هذه الاضطرابات إلى عدة فئات ، من أهمها :

أ ـ النوبات الطبنفسية مع الصرع . حيث يحدث تغيم فى الوعى قبل النوبة التشنجية أو بعدها أو بدلاً منها . وقد تأخذ النوبة الصرعية شكل نوبة هياج مع هلوسة أو خوف أو ثورة عنف .

ب ـ اضطرابات الشخصية والطباع للصرعيين . وتشمل هذه الفئة اضطرابات الشخصية والطباع التى تحدث مع الصرع أو تظهر كمضاعفات له . حيث تتصف الشخصية بالنزق والتمركز حول الذات والتصلب .

جـ ـ الذهان الصرعى . تبدأ هذه الحالة عادة متأخرة فى التاريخ المرضى للصرعيين ، ويمكن أن تشبه أى نوع وظيفى آخر من الذهان . حيث

تعرف بأنها تغير ذهانى مزمن فى تركيب الشخصية ناتج عن التفسخ الناشىء من الصرع . وقد تصحبها أعراض من قبيل الإسراع فى الكلام واضطراب الوعى والتدهور العام فى الشخصية .

## (٣) الاعتماد علي العقاقير والكحولية والذهانات الكحولية :

**Drug Dependence, Alcoholism and Alcoholic Psychoses**

**أ ـ الاعتماد على العقاقير** : وتتضمن هذه الفئة المرضى الذين أدمنوا أو اعتمدوا على نوع معين أو عدة أنواع من العقاقير الطبية ، وتشخص هذه الفئة على أساس من وجود دلائل على الاستعمال لدرجة التعود أو على الشعور الواضح بالحاجة إلى العقار . بالإضافة إلى ظهور ما يعرف بأعراض الانقطاع إذا امتنع المريض عن تعاطى العقار .

وتتراوح هذه الحالات بين الاعتياد البسيط ، حيث يقتصر نوع الاعتياد على الجانب النفسى دون البدنى وبالتالى لا تكون أعراض الانقطاع متوقعة ، وحالات الإدمان التى هى نوع من التسمم الخفيف المزمن تتميز بالاعتماد النفسى والبدنى على مفعول العقار وتوجد معها رغبة قهرية عارمة للاستمرار فى تعاطيه والحصول عليه بأى وسيلة كما يوجد ميل لزيادة الجرعة مع تدهور تدريجى فى الشخصية ، وعند توقف التعاطى سرعان ما تظهر أعراض الانقطاع .

**ب ـ الكحولية** ، وهى حالة من الاعتماد النفسى على مفعول الكحول ، تكون فى الحالات الهينة مرتبطة بالرغبة فى تخفيف التوتر الإنفعالى أو التعب الجسمى أو مواجهة الحياة اليومية بدرجة ما من رباطة الجأش . والتأثير البدنى على المدى الطويل يفوق التأثير النفسى فى هذه الحالات حيث أن الكحولى معرض لأمراض تلف الكبد أو الالتهاب الطرفى للأعصاب . أما فى الحالات الشديدة فتكون أعراض الاعتماد النفسى والبدنى أكثر وضوحاً وتكون أعراض الانقطاع أشد ضراوة لدرجة قد تصل إلى الهذيان ، وهذه الفئة معرضة للتدهور الخلقى والذهنى التدريجى .

جـ - **الذهانات الكحولية** ، وهى ذهانات ناتجة عن التسمم الكحولى من أشهرها حالات الهذيان الإرتعاشى التى تتصف بالهذيان والارتعاشات الجسمية والهلاوس البصرية المرعبة التى تتفاقم فى الظلام . وهناك ما يعرف باسم ذهان كورساكوف يصحب التعاطى طويل المدى للكحول ، ويتميز باضطرابات الذاكرة والعجز عن صحة إدراك الزمان والمكان والأشخاص ، والالتهابات العصبية الطرفية . ومن الذهانات الكحولية أيضًا حالة الكحولية البارانوية وتصيب الرجال عادة وتتصف بغيرة متزايدة وضلالات الخيانة الزوجية .

**(٤) الذهان Psychoses**

وفقًا لدليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى يقترن الذهان بالزملات العضوية المخية ، والزملة العضوية المخية تعتبر اضطرابًا ناتجًا عن تلف أو تعطيل فى أنسجة المخ ووظيفتها ، وتتميز بأعراض تعطل الذاكرة واختلال الوظائف الذهنية كالتعلم والفهم والحساب ، واختلال الوعى وإدراك البيئة وضحالة العواطف وتذبذبها .

فحين يوصف شخص ما بأنه ذهانى فإن ذلك يعنى وجود تغير نوعى أو كمى شديد فى الشخصية ككل ويكون هذا التغير معوقًا للوظائف العقلية . حيث يشير الذهان إلى الأمراض العقلية الشديدة التى تختل فيها الوظائف العقلية لدرجة جسيمة تعوق قدرة الشخص على أن يعيش بشكل متوازن مما يؤدى إلى خلل شديد فى القدرة على التعرف على الواقع أو اختباره وتقييمه مع تغير جسيم فى العواطف لدرجة تعوق الاستجابة المناسبة ونقص شديد فى الإدراك واللغة والذاكرة مع درجات مختلفة من تفسخ الشخصية .

وتندرج تحت فئة الذهان أمراض عته الشيخوخة وما قبل الشيخوخة ، والذهان المقترن بالعدوى داخل الرأس ، والذهان المقترن بحالات مخية أخرى كتصلب الشرايين أو أورام الرأس وإصابات المخ ، والذهان المقترن بحالات جسمية عامة كاضطرابات الغدد الصماء واضطرابات الأيض والتغذية ومضاعفات الحمل والولادة .

## (٥) أمراض الهوس والاكتئاب

## Manic and Depressive Illnesses

وهى أولى الاضطرابات العقلية المعروفة باسم الأمراض العقلية الوظيفية ، أو الذهان الوظيفى ، أى المتعلق بالوظيفة العقلية دون ارتباط أكيد بالأساس العضوى .

وأمراض الهوس والإكتئاب هى أساسًا اضطرابات شديدة فى المزاج تنشأ منها بقية الأعراض . فإذا كانت هناك اضطرابات فى التفكير والسلوك فإنها تناسب المزاج السائد بصفة عامة . وأمراض الهوس والاكتئاب تميل إلى التناوب بين التحسن والانتكاس ولكنها لا تتطور بحيث تؤدى إلى التدهور العقلى .

وصور أمراض الاكتئاب والهوس تختلف على أساس من سيادة الهوس أو الاكتئاب على الأعراض الظاهرة ، وأهمها :

**أ ـ النوع الاكتئابى** . ويتسم بسيادة نوبات الاكتئاب التى تبدأ فجأة فى صورة انحراف شديد فى المزاج جهة الحزن والهم ، وأيضًا البطء الحركى والذهنى ، والشعور بعدم الارتياح وانخفاض تقدير الذات . وقد تظهر أعراض تغير الذات أو الواقع أو الخداع الحسى أو الهلاوس والضلالات ( خاصة ضلالات الذنب أو توهم المرض ) أو الأفكار البارانوية .

**ب ـ النوع الهوسى** . حيث تسود نوبات الهوس التى تتسم بالمرح والنزق والثرثرة وسرعة الكلام والحركة وتشتت الانتباه والتسرع والانتقال من عمل لآخر فى عجلة ، أما العاطفة فإنها تظهر كنوع من الانتعاش العابث أو الغضب ، بالإضافة إلى اضطرابات الكلام كميًا ونوعيًا من حيث الترابط .

**جـ ـ الذهان الدورى** . ويتميز هذا الإضطراب بحدوث نوبة واحدة على الأقل من كل من نوبات الاكتئاب والهوس للمريض .

**د ـ السوداء الارتدادية** . حيث تتناقص مع تقدم السن نوبات الهوس فى حين تزداد نوبات الاكتئاب . والسوداء الارتدادية تحدث تقريبًا فى فترة ما بين الأربعين والستين ، وإن كانت غير مرتبطة بالضرورة بمرحلة سنية معينة . وتتميز السوداء

بظهور الاكتئاب والقلق والأرق الشديد مع شعور بالذنب وانشغال بالبدن قد يصل إلى حد الضلالات ، كما تظهر أحياناً ضلالات الانعدامية ( الإنمحاق ) .

**هـ ـ المرض الاكتئابى** ، وتشمل هذه الفئة مجموعة من الاضطرابات الاكتئابية لا يمكن تصنيفها تحت باقى فئات مرض الهوس والاكتئاب . وتبدأ الحالة عادة فى منتصف العمر بدون أى سبب ظاهر ، ويتخذ هذا النوع عادة مساراً مزمناً ، ويبلغ فيه الاكتئاب حدة ذهانية ويكون متواصلاً . وغالبًا ما يعبر المريض بجسده عن الاضطراب النفسى وقد يطغى توهم المرض على الصورة وتظهر النزعات الانتحارية أحياناً .

### (٦) الفصام Schizophrenia

تشمل هذه الفئة مجموعة اضطرابات ذهانية تؤدى إلى تفسخ الشخصية وتدهورها . وهى مجموعة غير متجانسة تختلف فى صورها وأعراضها .

ويعرف الفصام على أنه مرض عقلى يتميز بعديد من الأعراض مع انزواء متزايد بعيداً عن البيئة وميل إلى تدهور شامل للشخصية . ويظهر هذا الاضطراب نفسه فى مجال العاطفة فى صورة تناقض الوجدان وسرعة تغير الانفعالات والانفعالات غير الملائمة أو التبلد العاطفى . وفى المجال النزوعى ( الإرادة والسلوك الحركى ) تظهر الأعراض فى صورة نشاط حركى مفرط شاذ أو خلف يصل أحياناً إلى درجة السبات . أما فى مجال التفكير والإدراك فتظهر اضطرابات سوء التأويل والإدراك والعجز عن التجريد واضطرابات التفكير . وقد تظهر الهلاوس والضلالات بصورة غير منتظمة . ومن أهم الفئات الفصامية ما يلى :

أ ـ النوبة الحادة غير المتميزة : وتتميز بالبداية الحادة للأعراض الفصامية التى يصاحبها عادة حالة من الخلط والارتباك واضطرابات التفكير والانفعالات والاكتئاب والخوف . وقد تنتهى هذه النوبة فى خلال أسابيع، إلا أنها قد تستمر أحياناً ويتزايد تفسخ الشخصية ومع مرور الوقت تبدأ تتضح لدى المريض الصفات المميزة لأحد أنواع الفصام الأخرى .

ب ـ **الفصام الاستهلالي** : يعلن الفصام الاستهلالى عن نفسه غالبًا بكسرة مفاجئة فى نمط حياة المراهقين أو صغار الناضجين الذين كانوا يعيشون قبلها على أرض صلبة مستقيمة . ويتميز هذا النوع باضطراب الإدراك الذى يشمل تغير مفهوم المريض للعالم والذات والجسم . ويظهر على المريض رعب غير مفهوم وأحلام مفزعة وارتباك وأرق ، كما يظهر تذبذب فى العواطف وانتقال سريع من المرح إلى الاكتئاب ، مع ميل للتفاعل مع أحداث لا أهمية لها وكأنها ذات قيمة وتخصه بذاته بأشياء معينة ، وكذلك تظهر أعراض تغير الذات وتغير الواقع حول المريض ، وقد يتبين أن هناك شيئًا ما ليس على ما يرام ، كما قد يلاحظ أفراد العائلة والأصدقاء تغييراً أكيداً فى الطباع .

ويدعم تشخيص هذه الحالة وجود تاريخ مرضى يشير إلى صعوبات مبكرة فى وصول المريض إلى التكيف الاجتماعى وإقامة علاقات مع الأقران ، أو إذا وجدنا تاريخًا عائليًا إيجابيًا لمرض الفصام .

جـ ـ **الفصام الوجداني** : وهم فئة من الفصاميين يظهرون مزيجًا من أعراض الفصام مع مظاهر صريحة من الاكتئاب أو الهوس تستمر لفترة مناسبة .

د ـ **الفصام البارانوى** : يتصف هذا النوع من الفصام أساسًا بوجود ضلالات الاضطهاد أو العظمة المصحوبة عادة بهلاوس . كما قد يوجد إفراط مرضى فى التدين ، وكثيراً ما يكون موقف المريض عدائيًا . وقد لا يظهر تفكك شديد فى الشخصية ، ويميز هذا النوع من الفصام عن حالات البارانويا وجود مظاهر فصامية أخرى مثل اضطراب شكل التفكير وعدم ملاءمة العواطف للمواقف الواقعية .

هـ ـ **الفصام الكتاتوني** : ويتميز باضطراب الإرادة والوظائف الحركية . وقد يميل المريض إلى الإفراط فى النشاط الحركى أو الهياج الذى يصل إلى حد العنف غير المفهوم ، وهذه هى حالات الفصام الكتاتونى المتهيج . أو يغلب على الحالة التثبيط الذى يظهر فى شكل سبات وبكم وخلف وانثنائية شمعية ، وهذه هى حالات القصام الكتاتونى المنسحب .

و ـ **الفصام الهيبفريني** : يتميز هذا النوع بضحالة العواطف ولا تلاؤمها ، وتناثر الفكر ، مع نوبات ضحك فاتر غير متوقعة وسلوك نكوصى أخرق ، كما تظهر النمطية مع كثير الشكاوى الجسمية الوهمية ، وقد توجد هلاوس أو ضلالات بصورة مؤقتة وغير منتظمة . وعادة ما يكون المريض الهيبيفريني نشطاً ولكن فى شكل غير بناء ، كما تكون علاقتة بالواقع ضعيفة للغاية .

ز ـ **الفصام البسيط** : يتميز هذا الذهان أساسًا بتناقص بطيء ومتدرج للاهتمامات والارتباطات الخارجية ، وكذلك باللامبالاه وتدهور الشخصية . ويعتبر الفصام البسيط حالة ذهانية أقل صراحة وظهوراً إذا ما قيست بالأنواع الهيبفرينية أو الكتاتونية أو البارانوية .

ح ـ **الفصام المزمن غير المتميز** : ويعنى تلك الحالات التى تظهر فيها أعراض فصامية أكيدة فى مجالات الفكر والعواطف والسلوك . ويتبع المرض مساراً مزمناً ، ولكن الصورة الكلينيكية تظهر أعراضًا أكثر من تلك التى فى النوع البسيط والهيبفيريني ، كما أنها تظهر أعراضاً سلبية أكثر من النوع البارانوى .

ط ـ **الفصام المتبقى** : فقد يحدث أن تعقب الإصابة بنوبة فصام صريحة أن يتحول المريض إلى التكيف مع مرضه بحيث تظل بعض الأعراض الفصامية موجودة بصورة ضئيلة حيث تكون باهتة ومكررة وثابتة ، ويعتاد المريض على هذه الأعراض بالتدريج . وتتسم الشخصية بدرجة دائمة من ضحالة العواطف . وقد يتكيف المريض إلى حد ما مع حالته المرضية بحيث تتشابه الحالة مع الشخصية الفصامية (اضطراب فى الشخصية) ، ولكن يتميز بوجود تاريخ لنوبة فصامية صريحة .

## (٧) حالات البارانويا Paranoid States :

تشمل هذه الفئة مجموعة من الذهانات توجد فيها منظومة من الضلالات تشكل الاضطراب الأساسى ، وقد يصاحبها أو لا يصاحبها هلاوس أو أخيلة . وبالتالى فإن اضطرابات العاطفة والسلوك والتفكير فى هذه الحالات يمكن إرجاعها إلى هذا الخلل الأساسى . وهذا هو ما يميز هذه المجموعة عن أمراض الهوس

والاكتئاب التى يسود فيها اضطراب العاطفة . كما يميزها عن الفصام بما له من صفات اضطراب التفكير والتبلد العاطفى والضلالات غير المنتظمة . أما فى حالات البارانويا فلا يوجد ميل للتفسخ والتدهور النهائى للشخصية ، ولا تمثل الضلالات والهلاوس مجرد خطأ فى الحكم على الأمور أو خلل فى الإدراك ، ولكنها تمثل ظاهرة فكرية انفعالية أساسية تستقر فى لبها المنظومة الضلالية مكتسبة بذلك ثباتها وقوتها الإقناعية .

وفى حين تتميز حالات البارانويا الحادة بمرور الخبرة الضلالية مروراً عابراً ، فإن الحالات المزمنة تتصف بأن الضلالات تمثل محوراً ثابتًا نشطًا فى شخصية المريض .

**أ ـ نوبة البارانويا الحادة والتحتحادة :** وتتميز بظهور الخبرات الضلالية المفاجىء ، بحيث تشمل عادة كل الحياة النفسية . وعادة ما تساير الضلالات الموجودة الهلاوس واضطرابات السلوك . وأثناء النوبة لا يمكن تعديل الضلالات أو تصحيحها ، غير أن المريض قد يستعيد بصيرته وحكمه على الأمور بعد الشفاء .

**ب ـ البارانويا الضلالية المزمنة :** حيث يتمثل الاضطراب الأساسى فى وجود ضلال مزمن بالاضطهاد أو العظمة أو الغيرة أو الهيام العاطفى . ونادراً ما توجد هلاوس . وكثيراً ما تبدأ الحالة بإدراك ضلالى يمتد حتى يصبغ كل الحياة النفسية ، وقد يكون سوء التأويل المرضى هو المحرك لذلك الإدراك الضلالى . فقد يرتبط سوء التأويل بالمؤثرات الحسية فى العالم الخارجى بحيث يعطى المريض معنى خاصًا لمثير ما ، وليكن معنى مقطوعة موسيقية مثلاً ، ويبدأ منها تشكيل الخبرة الضلالية . وقد يتعلق سوء التأويل بالمؤثرات الداخلية والأحاسيس الجسدية أو الخبرات الانفعالية .

**جـ ـ البارانويا الهلوسية المزمنة :** تتميز هذه الفئة باضطراب أولى فى الظاهرة النفسحسية . فقد يدرك المريض حسيًا روائح كريهة أو مناظر أو أى هلاوس . وقد يدرك حسيًا أفكاره الداخلية على أنها صوت داخلى يتحدث مهدداً أو مثيبًا أو معلقاً. ويستمر الإضطراب النفسحسى جنباً إلى جنب مع المنظومة الضلالية المؤسسة عليه .

**د ـ البارانويا التخيلية المزمنة :** تتميز هذه الفئة بوجود عالم من الأخيلة المرضية تسير جنباً إلى جنب موازية مع الحياة الواقعية حيث تظهر الحياة الخيالية كإضافة على الحياة النفسية الطبيعية ولا تجتاحها تماماً .

**هـ ـ البارانويا الارتدادية :** يتصف هذا النوع بتكون ضلالات تبدأ فى المرحلة الارتدادية ( حول الخمسين أو الستين ) ، وعادة ما تكون هذه الحالة مصحوبة بالاكتئاب .

**و ـ البارانويا المتأخرة :** تبدأ هذه الحالة فى سن الكهولة ( بعد سن الستين ) وكانت تعرف فيما سبق باسم البارافرينيا . وتصاحبها عادة اضطرابات عاطفية فى شكل اكتئاب ، أو بدرجة أقل ، المرح .

**ز ـ البارانويا :** وهى حالة نادرة تتصف بتطور تدريجى لمنظومة بارانوية محكمة متشابكة . وترتكز الحالة ، كما تتدرج منطقياً ، من سوء تأويل حادث حقيقى تبنى عليه تسلسلها . وكثيراً ما يعتبر المريض نفسه موهوباً بقدرات فائقة وفريدة . ويغزو هذا الإضطراب الحياة النفسية العادية تماماً ويحل محلها كلية ، ويبدو التفكير طبيعياً كما يبدو السلوك مترابطاً لو أننا تصورنا أن اعتقاد المريض الخاطىء هو اعتقاد سليم .

## (٨) الذهانات الوظيفية الأخرى :

**Other Functional Psychoses**

تشمل هذه الفئة مجموعة من الذهانات الوظيفية التى لا يمكن تصنيفها تحت أى من الفئات السابقة .

**أ ـ ذهان حاد غير متيمز :** الأعراض البادية فى هذا الذهان خليط من أعراض الفصام والبارانويا والهوس والاكتئاب ، وأحياناً الهياج ، ويكون الوعى رائقاً . وقد تستمر هذه الحالة نشطة لمدد طويلة .

**ب ـ ذهان خلطى حـاد :** يتميز هذا الذهان بتغيم فى الوعى يصبغ كل

الصورة الكلينيكية مما قد يخفى سائر الأعراض الأخرى . ويبدأ عادة فجأة ويستمر لمدد قصيرة . وتكون الأعراض متنوعة وقد تأخذ أى شكل من الأشكال . وعادة ما تنتهى النوبة بسلام بلا أدنى بقايا .

**جـ - ذهانات موقفية وتفاعلية حادة** : تضم هذه الفئة مجموعة من الذهانات تنشأ كنتيجة مباشرة لضغط حدث واقعى ، وعادة ما يكون هذا الضغط شديداً ويحدد كلا من بداية ونمط الذهان . فإذا اختفت النوبة مع تغير الموقف كان الذهان موقفياً ، أما إذا استمر لمدة أطول نسبياً فإنه يسمى ذهان تفاعلى .

**د - ذهانات موقفية وتفاعلية مزمنة** : وتضم هـ ـه الفئة الذهانات التى تنشأ كنتيجة مباشرة لضغط مزمن أو تصاحبه ، وتتبع مساراً مزمناً يستمر عادة بعد انتهاء الضغط .

## (٩) العصاب Neurosis :

يوصف المريض بأنه عصابى إذا ما كان يعانى من صعوبات فى التكيف تخل أساساً بهدوئه الداخلى أو بعلاقاته الشخصية أو بهما معاً . والشخصية فى محاولاتها للتكيف للضغوط الداخلية والخارجية فى هذه الحالة تستخدم الأعراض النفسية والجسمية ، وليس فى نمط الأفعال أو السلوك كما هو الحال فى اضطرابات الشخصية والطباع ( كما سيتضح فيما بعد ) . ويعتبر القلق هو المظهر الأساسى للعصاب وهو قد يدرك ويعبر عنه كما هو أو قد يضبط لاشعورياً باستخدام آليات الدفاع . فهذه الآليات تحدث أعراضاً يعانيها المريض لدرجة تجعله يرغب فى التخلص منها . ويعتمد تشخيص العصاب بالتالى على ما يظهر فى الصورة الكلينيكية من القلق أو الدفاعات ضده أو كلاهما معاً . إلا أنه لا يحدث تفكك للشخصية أو فقدان لحس الواقع .

**أ - عصاب القلق** : حيث يكون القلق هو العرض الأساسى بشكل عام غير مقصور على موقف أو موضوع بذاته . وقد يظهر المريض أعراضاً من بينها التوتر والشعور بعدم الأمان وضعف التركيز والنزق وفرط الحساسية والأرق والأحلام

المزعجة . وقد يصاحب ذلك اكتئاب خفيف كما نقابل عادة أعراضاً جسمية مثل الخفقان وانقباض الصدر والغيثان ... إلخ .

**ب ـ عصاب الهيستيريا** : يتميز هذا العصاب بظهور أعراض وعلامات فى مجالى العقل والجسم نتيجة لعوامل لا شعورية تحمل عادة دافعًا إلى مكاسب ثانوية، وتعطى الصورة الكلية انطباعاً وكأن الأعراض قد ظهرت عن قصد مدبر غير أن المريض يكون غير واعٍ بها . ويمكن تصنيف هذا العصاب إلى فئتين فرعيتين حسب الآلية الغالبة ، أولهما النوع التحويلى وثانيهما النوع الانشقاقى .

**الهيستيريا التحولية** : فى هذا النوع يتحول القلق إلى أعراض وظيفية فى أعضاء أو أجزاء من الجسم بدلاً من الإحساس به فى مجال الشعور . ويختار العضو المعنى من تلك الأعضاء التى تغذى بواسطة الجهاز العصبى ـ الحركى . ومن أمثلة الأعراض نجد العمى وفقد الإحساس والشلل والاختلاج ( الأتاكسيا ) . وغالبًا ما يظهر المريض قلة فى الاهتمام أو هدوءاً نفسياً غير مبال بأعراضه .

**الهيستيريا الانشقاقية** : حين يكون القلق عارمًا فإنه يحدث انشقاقًا لبعض جوانب وظائف الشخصية عن بعضها مصحوبًا بتغير ظاهر فى حال الوعى . وقد يكون الإنشقاق عميقًا لدرجة تغير من هوية المريض . والأعراض عندئذ تكون النسيان المرضى ( الأمنيزيا ) والهجاج Fugue والتجلى Trance والحالات شبه الحالمة والتجوال الليلى وازدواج الشخصية وتعددها وفى بعض الأحيان قد يكتسب الإنشقاق ضفة ذهانية مما قد يحدث ، أو يهدد بإحداث تفكك فى الشخصية .

**جـ ـ الرهاب ( الفوبيا )** : تتصف هذه الحالة بخوف شديد من موضوع أو موقف بالرغم من إدراك المريض أنه فى حقيقة الأمر لا يحمل أى خطورة عليه . وقد يظهر الرهاب فى شكل انهاك أو إغماء أو خفقان أو عرق أو غثيان أو رعب . ويعزى الرهاب إلى مخاوف ازيحت إلى الموضوع أو الموقف المرهوب بعيداً عن موضوع آخر داخلى أو خارجى لا يعيه المريض فى شعوره .

**د ـ الوسواس القهرى** : يتصف هذا الاضطراب بوجود أفكار أو نوازع أو

عواطف أو أفعال مقتحمة ومثابرة بحيث لا يستطيع المريض وقفها . وقد تكون الأفكار مجرد كلمة واحدة أو فكرة أو سلسلة من الأفكار يدرك المريض تماماً عدم معقوليتها وبعدها عن المنطق . كما تختلف الأفعال من حركات بسيطة إلى طقوس معقدة مثل غسيل اليدين المتكرر . وكثيراً ما يصاحب هذه الأفعال قلق وخوف وضيق إذا ما منع المريض عن إكمال طقسه القهرى ، أو إذا انشغل بعجزه عن السيطرة عليه .

هـ ـ **الاكتئاب العصابى** : فى هذا العصاب يغطى القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة ، بالإضافة إلى العجز عن مجاراة شئون الحياة اليومية وضعف الطاقة وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك . ويضطرب النوم عادة ويغلب الأرق فى أول الليل على اليقظة المبكرة .

و ـ **عصاب الوهن** : تتصف هذه الحالة بالشكاوى من الضعف المزمن وسرعة التعب والإنهاك . وعلى النقيض من عصاب الهيستريا فإن شكوى المريض هنا تكون أصيلة ومتعبة له فعلاً . كما لا يوجد دليل على مكاسب ثانوية منها . وهذا العصاب يختلف عن الاكتئاب العصابى من حيث أن مزاج الاكتئاب فيه ذو درجة معتدلة .

ز ـ **عصاب توهم المرض** : يغلب على هذه الحالة الانشغال بالجسم والمخاوف من أمراض يتصورها المريض أصابت مختلف الأعضاء . وبالرغم من أن هذه المخاوف لا تصل إلى نوعية ضلالية ، فإنها تستمر بالرغم من أى طمأنة . وتختلف هذه الحالة عن الهيستيريا والاضطرابات النفسفسيولوجية فى أنه لا توجد بها اختلالات وظيفية أو تركيبية فى الأعضاء المعنية .

ح ـ **العصاب التفاعلى والموقفى** : وتنشأ هذه المجموعة من الأعصبة كنتيجة مباشرة لضغط محدث . ويحدد هذا الضغط عادة بداية ونمط العصاب . ويختفى هذا العصاب مع زوال السبب أو الضغط ، وإن كان قد يستمر فى بعض الحالات ويأخذ مساراً مزمناً . وقد يأخذ أى شكل من الأشكال السابق ذكرها . عندئذ يسمى بتسمية تلك الصورة من العصاب كأن يكون : اكتئاب تفاعلى أو موقفى .

وقد يكون هذا العصاب حاداً أو مزمناً ولكنه دائماً مرتبط ببقاء السبب أو الموقف .

## (١٠) اضطرابات الشخصية والطباع :

## Personality and Character Disorders

تعتبر اضطرابات الشخصية والطباع مبالغة أو تطرف فى مختلف أنواع الشخصيات العادية . ولا تعتبر الشخصية مضطربة إلا إذا أصبح نمط السلوك فيها مصدراً لمعاناة المريض ومن حوله . وتتصف هذه المجموعة من الاضطرابات بوجود أساليب غير تكيفية عميقة تصبغ السلوك وتصبه فى أنماط ثابتة تؤثر على الشخصية كلها أو جانباً هاماً منها مبتدئة فى الطفولة المبكرة . وتقسم اضطرابات الشخصية والطباع إلى اضطرابات نمط الشخصية ، واضطرابات سمات الشخصية ، والشخصيات غير الناضجة ، والانحرافات الجنسية .

**أ ـ اضطراب نمط الشخصية :** حيث ينتظم تركيب الشخصية ككل تبعاً لسمة سائدة غير عادية ، فيتخذ السلوك كله نمطاً خاصاً مغايراً وشاذاً ويستمر مدى الحياة ما لم يتغير هذا التركيب .

وتشمل هذه الفئة فئات فرعية هى :

**١ ـ الشخصية شبه الفصامية :** حيث تخلو الحياة الانفعالية لشبه الفصامى من العمق ، وتبدو انفعالاته على طرفى نقيض بين الحساسية والاستثارة على جانب والبرود واللامبالاة على الجانب الآخر . ورغم التصرفات الاجتماعية الظاهرية لشبه الفصامى إلا أنه يشعر بالوحدة وأن أحداً لا يفهمه . وهو عادة خجول ومن السهل جرح شعوره ، كما قد يكون شاكًا خياليًا ، مثاليًا ، يميل إلى الاتقان المفرط . ويمكن تقسيم الشخصية شبه الفصامية بحسب السمات الغالبة كالشاك المستثار ، والرقيق الخجول ، والمتبلد الطائش ، والخيالى ، أو الشخصية المتلونة ( التى تنجح فى عمل علاقات عاطفية زائفة بتقمصها المؤقت للآخرين

**٢ ـ الشخصية البارانوية :** يتصف هذا النمط بالحساسية المفرطة ، والتصلب فى الرأى ، والشك والغيرة ، ومشاعر الحسد والحقد ، والمبالغة فى تقدير الذات مع ميل إلى لوم الآخرين وكثيراً ما تعوق هذه السمات قدرة المريض على الاحتفاظ

بعلاقات شخصية جيدة .

٣ ـ **الشخصية النوابية** : يتميز هذا النمط بظهور فترات متفاوتة من الاكتئاب والمرح . وتتسم فترات المرح بالطموح الزائد والدفء العاطفى والحماس والطاقة الكبيرة ، كما تتسم فترات الاكتئاب بالإنشغال والتشاؤم وهبوط الطاقة والإحساس باللاجدوى . وهذه التقلبات فى المزاج لا يمكن أن تعزى بسهولة إلى عوامل خارجية .

٤ ـ **الشخصية الوسواسية** : يتميز هذا النمط بالمبالغة فى الاهتمام بالأصولية ، والتمسك بقيم الضمير ، والعناد والتصلب ، وعدم القدرة على الاسترخاء بسهولة ، والدقة المتناهية وفرط النظافة والترتيب .

٥ ـ **الشخصية المضادة للمجتمع** : يتسم هذا النمط بتكرار التصادم مع المجتمع والعجز عن الاختلاط السوى أو الولاء للأشخاص والجماعات والقيم الاجتماعية . وذلك بالإضافة إلى المبالغة فى الأنانية وتبلد الشعور . كما تغيب مشاعر الذنب والقدرة على التعلم من الخبرة والعقاب ، مع الميل لإلقاء اللوم على الآخرين أو تقديم تبريرات ظاهرة الوجاهة لما يقدمون عليه من تصرفات .

ب ـ **اضطراب سمات الشخصية** : تتميز هذه المجموعة بالمبالغة الملحوظة فى إحدى سمات الشخصية أو مجموعة منها . وهى تختلف عن اضطراب نمط الشخصية فى أن هذه المبالغة فى سلوك بذاته لا تشمل تنظيم الشخصية ككل . وتشمل هذه الفئة مجموعة من الفئات الفرعية :

١ ـ **الشخصية الانفجارية** : تتميز هذه الفئة بالاستجابة المبالغ فيها لضغوط البيئة إلى حد نوبات الانفجار فى الغضب أو العدوان اللفظى أو الجسدى على نحو مغاير للسلوك العادى للمريض . وقد يبدى المريض أسفه وندمه على تلك النوبات مع التقرير بعدم قدرته على التحكم فيها .

٢ ـ **طبع هوس السرقة** : توجد أغلب هذه الحالات عند الإناث ، حيث تتم سرقة أشياء تافهة ، وكثيراً ما يتم ردها خفية .

**٣ ـ طبع هوس الحرق** : حيث تكون السمة الغالبة هى الميل إلى اشعال الحرائق لفترات معينة ، وقد تتطور لدرجة مرضية خطيرة . إلا أن الشخصية ـ فيما عدا هذا الميل ـ تكون عادية تماماً .

**٤ ـ طبع المغايرة للمجتمع** : يصف هذا النوع مجموعة من الأفراد تظهر عدم الاحترام للقيم الاجتماعية المألوفة ، أو الالتزام بها . وأغلب هؤلاء الأفراد لديهم قدرة فائقة على الولاء لقيم خاصة . ولا تبدى هذه الفئة أى انحراف آخر فى الشخصية أكثر من التمسك بقيم تجمعاتهم الأصلية سواء كانت إجرامية أو غير ذلك .

**٥ ـ طبع توهم المرض** : حيث يتركز اهتمام الفرد حول جسده ، ويبدى انشغالاً مفرطاً بوظائف جسمه ، وتضيق اهتماماته الخارجية إلى أقل مدى ، ويكثر من التنقل بين الأطباء .

**٦ ـ التمارض** : يتميز هذا النوع بمحاولة استغلال المحيطين والتهرب من المسئوليات من خلال اصطناع أعراض مرضية بوعى كامل . وذلك مثل ادعاء العمى والإغماء والتهيج . ويفتقر أفراد هذه الفئة إلى الأصالة والعمق كالهيستيريين إلا أنهم يختلفون فى أن شكواهم مصطنعة بوعى كامل .

**جـ ـ الشخصيات غير الناضجة** : تشمل هذه المجموعة أولئك الأشخاص الذين يفتقدون إلى أغلب صفات الشخصية الناضجة ، وتغلب على تصرفاتهم الطفولية ،يفتقرون إلى الشعور بالمسئولية . وهم عادة اعتماديون يسهل استهواءهم . وقد يتضاءل عدم توازن الشخصية بمرور الزمن . ومن أمثلة الشخصيات غير الناضجة :

**١ ـ الشخصية السلبية الاعتمادية** : وتفتقر إلى الثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ القرارات . كما يميل الشخص السلبى الاعتمادى إلى التعلق بالآخرين ويحتاج دائماً إلى الموافقة على سلوكه وتشجيعه .

**٢ ـ الشخصية الهيستيرية** : يتميز هذا النوع بضحالة التفاعل العاطفى وعدم

الاستقرار الانفعالى وفرط الاستجابة والمبالغة الدرامية فى محاولة دائمة لجذب الاهتمام والإغراء وتتصف الشخصية بالتمركز حول الذات والخيلاء ، والاعتماد على الآخرين .

**٣ ـ الشخصية العاجزة :** يتصف الأشخاص فى هذه الفئة بالإخفاق فى مجالات التكيف العاطفى والاقتصادى والعملى والاجتماعى رغم إمكاناتهم وقدراتهم الطبيعية . وهم عادة من ذوى الطبع الحميد السلس ولكنهم بلا فاعلية ولا اهتمامات خاصة ، ويفتقرون إلى الطموح والمبادأة وروح المثابرة .

**٤ ـ الشخصية غير المستقرة انفعاليًا :** يتصف الشخص فى هذه المجموعة بالتجاوب مع الصعوبات بنزق وبغير فاعلية ويصبح حكمه على الأمور غير جدير بالثقة . كما أن علاقاته بالآخرين تكون محملة بالانفعالية المتأرجحة وغير الناضجة .

**د ـ الانحرافات الجنسية :** وتضم الصور المختلفة من الممارسات الجنسية التى تنحرف عما يعتبر نشاط جنسى ناضج عادى ، سواء من حيث الطبيعة أو الهدف ، ومن أشهر صوره :

**١ ـ الانحراف فى المثير الجنسى :** حيث تبدأ الإثارة الجنسية من مثير غير عادى ، مثل الفيتيشية ، وحب الملونين من الجنس الآخر .

**٢ ـ الانحراف فى التعبير الجنسى :** أى الانحراف فى أسلوب الممارسة مع الموضوع الجنسى للحصول على الإشباع . مثل السادية المازوخية ، والنظارية .

**٣ ـ انحراف الموضوع الغريزى :** حيث يكون الانحراف فى اختيار الموضوع الغريزى . كما فى الجنسية المثلية ، أو الجنسية المحارمية .

## (١١) الاضطرابات النفسفسيولوجية :

**Psychophysiological Disorders**

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بوجود أعراض جسمية نتيجة لعوامل انفعالية ، وتشمل عضواً واحداً من الأعضاء التى تغذيها أعصاب الجهاز العصبى

الذاتى ( الأوتونومى ) . وتتضمن المظاهر الفسيولوجية تلك التغيرات التى تصاحب عادة الحالات الانفعالية ، إلا أن التغيرات فى الحالات النفسفسيولوچية تكون أكثر شدة وأطول بقاء ، وقد لا يكون الشخص واعياً بحالته الانفعالية .

أ ـ اضطرابات الجلد : مثل التهاب الجلد العصبى ، والحكة وفرط العرق .

ب ـ اضطراب الجهاز العضلى الهيكلى : مثل آلام الظهر ، واعتقال الظهر ، وآلام العضلات ، والصداع التوترى .

جـ ـ اضطرابات الجهاز التنفسى : مثل الربو الشعبى ، وزملة النهجان ، والفواق .

د ـ اضطرابات الجهاز الدورى : مثل الخفقان ، وارتفاع ضغط الدم ، والتقلص الوعائى ، والشقيقة .

هـ ـ اضطرابات الجهاز الهضمى : مثل قرحة المعدة والأثنى عشر ، والالتهاب المعدى المزمن ، والتهاب القولون المخاطى أو التقرحى ، والإمساك ، وفرط الحموضة ، وحرقان فم المعدة ، والقولون النزق .

و ـ اضطرابات الجهاز البولى التناسلى : مثل اضطراب الطمث والتبول ، وآلام الجماع .

ز ـ اضطرابات الغدد الصماء : مثل مرض البول السكرى ، والتسمم الدرقى .

ح ـ اضطراب الحواس : ويعنى أى اضطراب فى إحدى الحواس الخمسة الذى تلعب فيه العوامل الإنفعالية دوراً مسبباً .

## (١٢) اضطرابات السلوك فى الطفولة والمراهقة :

## Behaviour Disorders of Childhood and Adolescence

تختص هذه الفئة بالاضطرابات التى تحدث عند الأطفال والمراهقين وتتخذ شكلاً مستمراً ومقاوماً العلاج . وهى تفوق التفاعلات العابرة والموقفية ، ولكنها لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية . وهذه الدرجة المتوسطة

من الرسوخ ترجع إلى الطبيعة المرنة للسلوك فى هذه المرحلة من العمر .

أ ـ التفاعل الحركى المفرط : يتميز هذا الاضطراب بفرط النشاط وعدم الاستقرار والميل إلى تحول الانتباه ، وخاصة فى صغار الأطفال . ويتناقص هذا السلوك عادة فى المراهقة .

ب ـ التفاعل الانسحابى : يتميز هذا الاضطراب بقدر من الانعزال ، والحساسية، والخجل ، والعجز عن عمل علاقات شخصية .

جـ ـ التفاعل المفرط في القلق : يتميز هذا الاضطراب بالقلق والمخاوف المفرطة غير الواقعية ، والأرق والكوابيس ، وتهيب المواقف الجديدة والأماكن غير المألوفة .

د ـ التفاعل الشارد : حيث يستجيب الطفل أو المراهق للمواقف المهددة بترك المنزل دون إذن . وعادة ما يشعرون بالرهبة ، والنبذ من الأهل والعجز ، وعدم وجود صداقات ، وكثيراً ما يقدمون على السرقة .

هـ ـ التفاعل العدوانى غير الاجتماعى : يتميز هذا الاضطراب بالعدائية الصريحة أو الخفية فى صورة عدم الطاعة والميل إلى التشاجر . كما يعبر أولئك الأفراد عن عدوانهم بالألفاظ أو التشابك أو التحطيم ، كما تتواتر ثورات المزاج ، والسرقة ، والكذب ، والمكايدة العدوانية للأطفال الآخرين . ويفتقر هؤلاء عادة إلى تقبل والدى مستقر .

و ـ تفاعل الشلة المنحرفة : يكتسب الأشخاص فى هذا الاضطراب قيماً وأنماط سلوك ومهارات سائدة عند شلة منحرفة ينتمون إليها ويتبعونها . وتلجأ هذه الشلة إلى السرقة والتزويغ من المدرسة والتأخر فى العودة للمنزل ، وكذلك يكثر النشل من المحال العامة . وعادة لا يظهر الشخص هذا السلوك إلا وهو مع الشلة . وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الأولاد ، أما إذا ظهر بين البنات فيتضمن عادة الانحراف الجنسى .

ز ـ هوش المراهقة : حيث يظهر لدى المراهق فى مواجهة الضغوط تفكك

ملموس فى السلوك يشبه الذهان الصريح ، ولكنه سرعان ما يتبع بتناسق واتزان متى انتهى الموقف الضاغط .

## (١٣) أعراض خاصة Special Symptoms:

وتضم هذه الفئة المرضى الذين يبدون اضطراباً فى صورة عرض خاص لا يمكن اعتباره جزءاً من أى زملة سبق شرحها ، مثل :

أ - اضطرابات الكلام والتعلم .

ب - اللوازم والاضطرابات الحركية النفسية الأخرى .

جـ - اضطرابات النوم .

د - اضطرابات التغذية ، مثل فقد الشهية العصبى .

هـ - اضطرابات التحكم فى قابضات الإخراج ، مثل التبول اللا إرادى والتبرز اللا إرادى .

و - الصداع .

ز - العنة ، والبرود الجنسى عند المرأة .

ح - تغير الذات ، أو اختلال الأنية .

## تعقيب عام على تصنيف الأمراض والاضطرابات النفسية

يلاحظ أن الاتجاه لتصنيف الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية يقوم على أساس من الاستقراء للحالات الواقعية بطريقة مسحية واسعة النطاق ، بحيث يمكن الوصول إلى تحديد لأهم ما يميز كل فئة تصنيفية كبرى من خصائص وأعراض ، ثم التطرق إلى الفئات الفرعية الأصغر التى تضمها كل فئة كبرى وهكذا . وبالرغم من أن دراسة الحالات لا بد وأن يتناول أسباب المرض أو الاضطراب ، إلا أنه نادراً ما يرد فى قوائم التصنيف ذكر هذه الأسباب على نحو تفصيلى ، وبالتالى فإن استخدام مثل تلك القوائم يصبح ضرورة أساسية للباحث فى مجال علم النفس الكلينيكى عندما يكون عليه أن يقوم بعملية التشخيص فى مستواها الكلينيكى . أما التشخيص الدينامى فيتطلب دراسة متعمقة لكل حالة على حدة وصولاً للصورة الكلينيكية الخاصة بالحالة حتى يمكن أن تتضح الجوانب المختلفة لوضع الحالة حاليًا وتاريخيًا وأن تظهر الأسباب المؤدية للمرض ( اتيولوجية المرض ) بنفس الوضوح الذى تتبدى به الخصائص الظاهرة والأعراض .

ومع ذلك فإن الدليل التشخيصى الذى يقوم بتقديم قوائم بتصنيف الاضطرابات والأمراض ووصف للأعراض والمظاهر المميزة لكل فئة تصنيفية ، يمكن أن يقدم فى نفس الوقت مجموعة من الدلالات تفيد فى عملية المقارنة بين الأنواع المختلفة من الاضطرابات .

* فالملاحظ أن هناك نوعين أساسيين من الاضطرابات والأمراض النفسية ، أولهما يعد من الاضطرابات والأمراض الطبنفسية المرتبطة أساسًا ببعض المشكلات ذات الأساس العضوى . وثانيهما هو ما يعرف بالاضطرابات والأمراض الوظيفية التى لا يمكن تحديد أساس عضوى واضح وصريح لها رغم وجود أعراض بدنية فيزيقية فى بعض فئاتها . وتلك الفئة الأخيرة يكون الاضطراب الأساسى فيها نفسى المنشأة وآثاره تتعلق بالأداء النفسى للشخصية . وتضم الفئة الأولى كل من التخلف العقلى والاضطرابات الطبنفسية للصرع ، والذهانات الكحولية ، والذهانات المقترنة بالزملات العضوية المخية ( وهو ما أوردناه فى التصنيف السابق

تحت مسمى الذهان ) . أما الفئة الثانية فتضم الذهانات الوظيفية ، والأعصبة ، واضطراب الطباع والشخصية ، والاضطرابات النفسفسيولوجية ، واضرابات السلوك في الطفولة والمراهقة . وجدير بالذكر أن الدراسات الحديثة تشير إلى وجود علاقة إيجابية بين الأساس العضوى وبعض الأمراض ـ خاصة الذهانات الوظيفية ـ ، كما أن لكل مرض نفسى أو عقلى جوانبه النفسية التى تتبادل التأثير مع الأساس العضوى حتى فى حالة الاضطرابات الطبنفسية ، ومن أمثلتها الاضطرابات الصرعية وحالات الاعتماد على العقاقير والإدمان . وهذا يعنى أنه لا يصح فى كافة الأحوال أن نضع خطًا فاصلاً على نحو قاطع بين ما هو بدنى وما هو نفسى فى الاضطرابات والأمراض النفسية .

* بالرغم من وجود بعض أوجه الشبه فى الأعراض الظاهرة لبعض الفئات المرضية المختلفة ، إلا أن هناك بعض المظاهر التشخيصية الفارقة بين تلك الفئات الملتبسة . فعلى سبيل المثال ، وجدنا أن اضطراب سمات الشخصية المعروف بالتمارض قد يلتبس بحالات هيستيريا التبدين ( التحولية ) من حيث التعبير الجسدى عن المشكلة النفسية ، بالإضافة إلى تميز الشخصية فى الحالتين بالافتقار إلى الأصالة والعمق . إلا أن التشخيص الفارق يظهر أن نشأة الأعراض الهيستيرية يرجع إلى عمليات دفاعية لا شعورية فى حين أن افتعال أعراض التمارض يكون بوعى كامل من المريض . وذلك بالإضافة إلى الأسس العامة للتمييز بين الفئات المرضية الكبرى كالذهان والعصاب واضطرابات الشخصية والاضطرابات السلوكية .

فالأعراض التشخيصية المميزة للذهان تتلخص فى مجموعة محددة أهمها غياب حس الواقع derealization ، والانفصال عن الشخصية Depersonalization ، وتفكك الشخصية وتفسخها ، والشذوذ فى الاستجابات الانفعالية ، واضطرابات التفكير والقدرات العقلية ، بالإضافة إلى نقص القدرة على الاستبصار بالمرض .

أما الأعراض التشخيصية المميزة للعصاب فتتسم بداية بالاحتفاظ بحس الواقع والقدرة على اختباره ، وقدرة المريض على الاستبصار بمرضه ومعايشته له على أنه معاناة وتهديد لسلامه الداخلى وعلاقاته مع الآخرين . إلا أن الأعراض العصابية التى

تتشكل باستخدام آليات الدفاع على نحو غير شعورى تصبح خارج قدرة المريض على الوعى بأسبابها ومعناها أو طريقة تشكلها . وفى كافة الأحوال تحتفظ الشخصية بدرجة اتساق مناسبة ولا تتعرض للتفكك والتفسخ كما هو الحال فى الأذهنة .

أما بالنسبة لإضطرابات الشخصية والطباع ، فتختلف نوعيًا وبوضوح عن الاضطرابات العصابية والاضطرابات الذهانية معًا . حيث تتميز عن الأعصبة فى أنها لا تلجأ إلى استحداث أعراض تظهر فى مجالات النفس أو الجسم ، وإنما تأخذ أنماطًا ثابتة من السلوك تصبغ الشخصية كلها أو جاذا هامًا منها مبتدئة فى الطفولة المبكرة . كما أنه بالرغم من أن اضطرابات الشخصية والطباع قد تكافىء ديناميًا الاضطرابات الذهانية إلا أنه يمكن تمييزها عن الذهان بافتقارها إلى بداية محددة لتغيير نوعى أو كمى شديد فى حياة الفرد ككل ، كما أن اضطرابات الشخصية تفتقر إلى أغلب المواصفات التى تصف الذهان مثل السلوك النكوصى وتشويه الواقع وتحريفه .

أما اضطرابات السلوك فى الطفولة والمراهقة فيمكن تمييزها عن الأذهنة والأعصبة واضطرابات الشخصية بأنها عابرة وموقفية نتيجة لافتقار الشخصية فى تلك المرحلة إلى النضج وفى نفس الوقت تمتعها بطبيعة مرنة للغاية فى السلوك .

## تناول جديد لتصنيف الأعصبة والأذهنة

« ليس العلم بتسجيل الوقائع مهما كانت الأجهزة دقيقة ، ولا هو بمعامل ارتباط بين الظواهر مهما كان عاليًا . فالوقائع بذاتها والأرقام بذاتها بلهاء ، والوصف الرقمي كالوصف اللفظي يمهد للعلم ولكن لا يدخل ضمن العملية العلمية . فالعلم هو تفكير الوقائع » ( صلاح مخيمر ، ١٩٨١ ، ص ٢٨ ) .

إن محاولة تصنيف الأمراض والإضطرابات النفسية لا بد وأن تمر بمراحل تبدأ بالرصد والتسجيل ، مروراً بالتقسيم والتصنيف ، ثم العرض والوصف ، وهذه مهمة تصدت لها الموسوعات وقوائم التصنيف كما اتضح من العرض السابق . إلا أن التصنيف يقتضى قدراً من الفهم للظواهر المطروحة حتى يمكن استنباط أوجه التشابه والإختلاف بين الفئات المختلفة ، لا من حيث المظاهر والأعراض وحسب ، وإنما أيضًا من حيث الظروف والسياقات الأعم التى تظهر فى إطارها الحالات المرضية . فالمريض إنسان يعيش حياة تتأثر بظروف شتى تلقى بظلالها على شخصيته من بداية تطورها وحتى آخر لحظات حياته ، وتتدخل في تحديد أدق تفاصيل هذه الشخصية فى سويتها أو مرضها . فما بين أسس واستعدادات موروثة إلى عوامل بيئية واجتماعية إلى ميول وطباع شخصية إلى ضغوط اجتماعية واقتصادية وثقافية ... وهكذا بلا نهاية ، مما يطبع كل شخصية إنسانية بطابع فريد مهما أظهرت من أوجه تشابه مع فئة أو مجموعة من الأشخاص الآخرين .

وعلى هذا يجب أن يكون واضحًا دائمًا عند التقسيم إلى فئات تتراوح ما بين صور السوية وصور المرض أنه لا بد فى نفس الوقت الذى تطرح فيه الخصائص المميزة لكل فئة من الفئات ، أن يظل المجال مفتوحًا لإدراك ما يتميز به كل إنسان فرد داخل الفئة التى ينتمى إليها . ولا يعنى هذا أن ينفرد كل شخص بقواعد خاصة به فى مجال علم النفس الكلينيكي والصحة النفسية ، وإنما يعنى أن يسمح المنهج العلمى المستخدم بالكشف عن خصائص الظاهرة النفسية بشكل عام ، وعن خصائصها الفريدة لدى كل إنسان سواء كان مريضاً أم معافى ، دون الإضطرار إلى عزل فئات المرض عن السوية بشكل نهائى ، وعزل الفئات المرضية الفرعية عن

بعضها البعض أيضاً بشكل نهائى مما يقتضى أن يحكم كل فئة منها قانون تفسيرى خاص بها ، فهذا يتعارض ومبدأ الإقتصاد فى العلم . حيث أن الإلتزام بهذا المبدأ يعنى أن التأويل وتفسير الحقائق يكون من المعقولية بقدر ما يرد أكبر عدد من الوقائع إلى أقل عدد ممكن من المبادئ التفسيرية .

وفى إطار من وجهات النظر المستقاة من نظريات التحليل النفسى والمنحى الإنسانى ( خاصة مدرسة الجشطالت ) ، قدم صلاح مخيمر تصوراً خاصًا لتصنيف الأمراض النفسية والعقلية ، بحيث يمكن ضمها جميعًا وفقًا لقانون تفسيرى واحد ( أنموذج هيكلى ) تكون كل درجات المرض ـ بل والسوية أيضاً ـ مجرد تشكيلية تباينات أو تبدلالت وضعية له ( صلاح مخيمر ، ١٩٧٧ ، ص ص ١٧ ـ ٢٥ ) .

إن تناول الظاهرة النفسية وفقًا لطرح صلاح مخيمر يتضمن التأكيد على أن ظاهرة السوية ليست متباينة تمامًا ، ولا متطابقة تمامًا ، بل أنها متماثلة . بمعنى أنها هى هى من حيث المبدأ كأنواع مختلفة تدخل ضمن جنس واحد ( وهو ما يعرف بمبدأ المجانسة ) ، وأن تجسدت فى تشكيله من التباينات بتباين الشروط المتضمنة فى السياق الفردى ( وهو ما يعرف بمبدأ الشرطية ) .

والظاهرة النفسية بهذا المعنى هى ظاهرة جوهرها الصراع ، فحياة الإنسان سلسلة من الصراعات ومحاولات فضها ، ومكابدة القلق والتوتر فى معايشة الصراع والعمل على حله ( المجانسة ) . وتكون النتيجة النهائية الخاصة بكل إنسان هى محصلة لكل القوى الداخلة فى الصراع سواء كانت تنتمى إلى ضغوط البيئة (بمغرياتها وقواعدها وقوانينها وأعرافها) ، أو تنتمى إلى الشخص نفسه (باستعداداته وميوله النفسية ورغباته ، وبأساليبه فى التعامل مع عناصر الصراع التي يكابدها وبطريقة تكيفه مع القلق الذى يعانيه ) .

من هذا يتبين « زيف القول بعالمين منفصلين أحدهما للمرضى والآخر للأسوياء ، فقد أصبح الإختلاف بين السوية والمرض مجرد اختلاف فى أسلوب فض الصراعات » ( صلاح مخيمر ، ١٩٨١ ، ص ١٧ ) . ونظراً لأننا جميعًا

نعيش الصراعات طوال حياتنا فكلنا معرضون لاحتمالات السوية والمرض . ومع النجاح فى فض الصراعات بأساليب ملائمة وناضجة تزداد فرص السوية . ولكن عند الإضطرار إلى حل الصراعات على مستوى غير ملائم وبأساليب نكوصية تبدأ الإضطرابات تفرض وجودها فى الشخصية ، ويحدد السياق الخاص بكل حالة فردية درجة اللاسوية التى تصل إليها ، فعندما يكون النكوص جزئى وآليات الدفاع المستخدمة أقل فى خطورتها كانت الأعصبة ، وعندما يكون النكوص ممعناً إلى البدايات الأولى للطفولة وكانت آليات الدفاع بدائية تنكر الواقع تظهر الأمراض العقلية .

وهكذا يصبح التشابه والإختلاف بين الفئات التشخيصية العديدة شيئاً مفهوماً فى كلا الحالتين . عندما يصبح المنهج الذى نتناول به ظاهرة المرض والسوية من المرونة بحيث يسمح بتقصى الظاهرة فى كافة صورها العامة ( من خلال القياس والإحصاء والمسح والوصف ) والفردية الخاصة ( من خلال البحث المتعمق للحالة الفردية فى سياقها الفريد ) .

## موضوعات خاصة فى علم الصحة النفسية

فى تعريفنا لعلم الصحة النفسية ، عرضنا لأهم الموضوعات التى تدرس فى سياق هذا الفرع من العلم ، وهى بالتحديد تلك الموضوعات التى لها علاقة بتدعيم الصحة النفسية للأفراد ، أو ـ على الجانب الآخر ـ تلك الموضوعات التى لها علاقة بما يعوق الصحة النفسية ويعرض الأفراد للإضطراب واللاتوافق والمرض النفسى .

تلك الموضوعات تعرف باسم ديناميات الصحة النفسية ، وتضم موضوعات عديدة ومختلفة . تلك الديناميات هى بأبسط تعريف القوى المختلفة التى تدخل فى علاقة تأثر وتأثير بعضها بالبعض مما يتأدى إلى نتيجة تعتبر هى محصلة التفاعل بين تلك القوى . وقد تأتى تلك المحصلة كصورة من صور الصحة النفسية والتوافق ، أو تكون فى صورة اضطراب نفسى أو عقلى مما سبق عرضه . وفى كل الحالات يمكن من خلال دراسة الحالة تقصى نوعية الديناميات التى كانت محصلتها هى الصورة الكلينيكية الحالية للشخصية ، وهذه العملية تعد من أهم الأساليب المتبعة فى سياق علم النفس الكلينيكى وتعرف باسم عملية التشخيص النفسى . فالقائم بعملية التشخيص النفسى لحالة معينة ، عليه أن يتقصى ـ على سبيل المثال ـ الدوافع الخاصة بالحالة ، ما اشبع منها وما لقى إحباطًا ونبذًا ، والتعرف على مصدر الإحباطات التى تعرضت لها الحالة سواء كانت داخلية أوخارجية . كما عليه أن يستكشف طبيعة الصراعات الخاصة بهذه الحالة والكيفية التى يتم التعامل بها مع الصراع وأساليب فضه . بالإضافة إلى مشاعر القلق ومصادرها وكيفية معايشتها والتكيف معها . وأيضاً نوعية الميكانيزمات الدفاعية ( آليات الدفاع ) المستخدمة من حيث نوعيتها وتكرارية استخدامها ... وهكذا .

والحقيقة أن هذه الديناميات النفسية ليست ذات دلالة فى ذاتها ، بمعنى أنه لا يمكن اعتبارها سوية أو مرضية بصورة مطلقة ، وإنما يعتبر سياق الحالة الفردية هو

المحدد لمدى سوية أو مرضية استخدام هذه الدينامية فى السياق الحى للشخصية الإنسانية . وهو ما سوف يتضح من خلال عرض الموضوعات التالية :

- الدافعية .
- الإحباط .
- الصراع .
- القلق .
- آليات الدفاع .

## أولاً : الدافعية :ـ

بالرغم من اختلاف وجهات النظر حول موضوع الدافعية فى علم النفس إلا أن هناك اتفاق يصل إلى مستوى الإجماع بين مدارس علم النفس المختلفة على أن النشاط الإنسانى فى كافة صوره هو نشاط « مدفوع » بمعنى أن الإنسان لا يسلك أى سلوك أو يقوم بأى نشاط إلا إذا كان هناك هدف يسعى لتحقيقه من خلال هذا النشاط . بهذا يكون الدافع أو الحالة الدافعة « هو ذلك النوع من التوتر الذى يستثير نشاط الإنسان للقيام بجهد معين للوصول إلى هدف معين أو إشباع أو خفض لحالة التوتر الناجم عن استشعار ما أو احتياج »[1].

وإن كان هناك اتفاق شبه كامل بين وجهات النظر المختلفة فى علم النفس على هذا التعريف للدوافع ، فإن الاختلاف غالبًا ما يكون حول تصنيف الدوافع . أو طبيعة الدوافع ، أو الهدف الذى يتحقق من خلال إرضاء مطالب الحالة الدافعة .

## نظرية الدافعية لدى المدرسة السلوكية :ـ

نظرًا لأن الفكر السلوكى يستبعد من دائرة الاهتمام كل ما يطلق عليه تسمية « التكوينات الفرضية » ، ونظرًا لأن الاهتمام هنا ينصب فقط على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس لذلك يميل السلوكيون إلى تصنيف الدوافع فى ضوء عمليات التعلم .

فنرى السلوكيين يقسمون الدوافع إلى قسم فطرى يولد الإنسان وهو مزود به أى لا يحتاج إلى تعلم ، وقسم آخر مكتسب تلعب عمليات التعلم والتنشئة الاجتماعية دورًا هامًا أساسيًا فى تكوينه وذلك على النحو التالى :

### ( أ ) الدوافع الأولية :

وهى تلك الدوافع ذات الأساس البيولوجى العضوى ، والتى تنشأ كنتيجة لاختلال فى التوازن الطبيعى للحالة العضوية للإنسان من قبيل الدافع إلى الطعام

الذى ينشأ كنتيجة لحالة الجوع أو الدافع الجنسى الذى ينشأ نتيجة لتراكم الاستثارة الجنسية . فالدافع الأولى يعبر عن حالة احتياج عضوى فى الأساس تسعى للإشباع أو الإفراغ بلوغا إلى خفض التوتر واستعادة الإتزان العضوى ، وبالرغم من أن الدوافع الأولية أو البيولوجية لا تتكون نتيجة لعملية التعلم ، فإن السلوكيين يؤكدون أن أسلوب الإشباع يتم صقله أو تهذيبه وتنظيمه من خلال عمليات تعلم . فتناول الطعام مثلاً يبدأ بتدريب الطفل على عادات معينة تضمن النظافة والصحة البدنية ثم تدخل السلوكيات الاجتماعية كمتغير يحدد طريقة تناول الطعام وأوقات تناوله .. وهكذا ، كما أن الدافع الجنسى يخضع لكثير من الضوابط التى تضمن إشباعه فى إطار التنظيم والالتزام الخلقى .

## (ب) الدوافع الثانوية :

أو الدوافع النفسية التى لم يكتشف لها أساس عضوى . وأهم الاختلافات بين هذه الدوافع وبين الدوافع الأولية هو أن الدوافع الأولية شائعة بين كل أفراد الجنس البشرى ، فى حين أن الدوافع الثانوية تختلف وفقًا لظروف الزمان والمكان وطبيعة الأفراد . وهذا ناتج عن الإختلافات فى الخبرات التى يتعرض لها الأفراد والتى يكتسبون دوافعهم الثانوية فى سياقها . ومن أمثلة الدوافع الثانوية الدافع إلى النجاح والتفوق والمنافسة ، والدافع إلى الاستقلال أو الاعتمادية ، والدافع إلى الانتماء ، والدافع إلى التعاون ... إلخ . من هذا يتضح أن الدوافع الثانوية أكثر تنوعًا وتعددا من الدوافع البيولوجية التى تقتصر على مجموعة معروفة من الدوافع فالدوافع المكتسبة لا نهائية ولا يحكم عددها ونوعها إلا عدد ومدى تنوع الخبرات التى يمر بها الفرد ويكتسب من خلالها دوافع ثانوية جديدة .

## الدافعية فى التحليل النفسى :

فى حين يصنف السلوكيين الدوافع كقسمين متقابلين أحدهما فطرى والآخر مكتسب ، فإن نظرية التحليل النفسى ترد كل نشاط إنسانى إلى أصل دافعى واحد هو الدافع البيولوجى الغريزى

فنظرية الدافعية فى التحليل النفسى نظرية هى فى الغرائز أساسًا ، حيث يرد أنصار هذه المدرسة كل أنواع السلوك والنشاط الإنسانى إلى أساس عضوى غريزى حتى الأنشطة ذات الطابع الإنسانى المتسامى كالنشاط الفنى والأدبى أو النشاط العلمى أو حتى النشاط الدينى .

والدافع الرئيسى هنا هو الدافع الجنسى أو الغريزة الجنسية . أو ما أطلق عليه فى فترة مبكرة من تطور التحليل النفسى غرائز الحياة .

وجدير بالذكر هنا أنه من شائع الاعتقاد الظن بأن الدافع إلى الجنس الذى يهتم به أنصار التحليل النفسى هو دافع مطابق للدافع الجنسى الذى ناقشه السلوكيون كأحد أنواع الدوافع الأولية . إلا أن هذا الاعتقاد خاطئ وفيه ظلم بيِّن لمدرسة التحليل النفسى . فالمكون الإنسالى - أى مجموعة السلوكيات التى تتعلق بعملية الجماع والحصول على اللذة الشبقية - ليس سوى مكون واحد من مكونات الغريزة الجنسية التى ناقشها التحليل النفسى . فالغريزة الجنسية من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسى أعم من ذلك وأشمل . فقد كان فرويد يقصد بالغريزة الجنسية ذلك الدافع إلى الحياة الذى يستثير نشاط الإنسان للقيام بكل ما يمكن أن يحفظ به ذاته ويحفظ له سلالته البشرية . وليس السلوك الجنسى الإنسالى سوى نشاط واحد من أنشطة عديدة ومتنوعة يمكن أن يتحقق من خلالها ذلك الهدف .

فالأنشطة التى تحقق للإنسان دخلا يستطيع أن يغطى به متطلبات القوت اليومى من مأكل وملبس تعد أنشطة جنسية يدخل فى نطاقها العمل وطلب العلم فالهدف النهائى من هذه الأنشطة هو الحفاظ على الحياة والبقاء للإنسان ولسلالته. والأنشطة الرياضية تعبر عن صورة أخرى من النشاط الجنسى يفيد فى إفراغ التوتر الناجم عن الاستثارة الجنسية . وهو بذلك يعد نموذج أكثر وضوحاً لإشباع الحافز الجنسى بطريقة غير مباشرة . أو معلاه أو متسامى بها .

أما النشاط العلمى : البحث والدراسة والتجريب فهو من الأمثلة التى يرى أنصار التحليل النفسى إنها تعبر عن إشباع متسامى لحافز الاستطلاعية الجنسية والفضول الجنسى الطفلى

وهكذا . سواء كانت العلاقة بين النشاط الإنسانى وأصوله الغريزية واضحة ظاهرة أو خفية وغير مباشرة . فإن التحليل النفسى يرد كل الأنشطة الإنسانية إلى هذا الدافع الغريزى الوحيد .

## الدافعية والمذهب الإنسانى :

لا ينكر الإنسانيون أهمية تصنيف الدوافع الذى وضعه السلوكيون . كما أنهم يؤمنون بالأهمية المركزية للدوافع الفطرية والغريزية كموجه للنشاط الإنسانى فى كافة صوره . ولكنهم يرفضون وجهة النظر التى تدعم سلبية دور الإنسان وعجزه تجاه تلك القوى التى تكاد مسيطرة عليه ومحتمة لوجهة تطوره ونمو شخصيته .

كما أنهم يرفضون تفسير النشاط الإنسانى فى عمومه فى ضوء دوافع ادنى مرتبة . فالدوافع البيولوجية ذات الأساس العضوى الفسيولوجى قد يمكن فى ضوئها تفسير سعى الإنسان الدءوب للحفاظ على حياته وعلى نوعه ( الإقبال على التغذية وعلى إشباع الحافز الجنسى ) ، إلا أنه لا يمكن فى ضوء تلك الدوافع تفسير بعض الأنشطة الإنسانية السامية . إذ كيف يمكن أن يضحى الإنسان بحياته فى سبيل هدف أو قضية أو دفاعًا عن وطنه إذا كان الدافع المحرك له لا يتجاوز حدود المحافظة على الحياة .

من هنا يهتم الإنسانيون بالقيم والروحانيات ، ويرون إنها تشكل أهم دوافع الإنسان حقًا . ويعتبرون تحقيق الإنسان لذاته هو قمة الدافعية الإنسانية فالإنسان يسعى لتحقيق ذاته من خلال أفضل استغلال لطاقاته وإمكاناته . وذلك حتى لو اقتضى الأمر المخاطرة بالحياة أو التضحية ببعض الامتيازات التى تتحقق للفرد الذى يكتفى بإشباع الحاجات التى ترتبط بالدوافع ذات المرتبة الأدنى .

## ثانيًا : الإحباط :-

يرتبط مفهوم الإحباط ارتباطًا كبيرًا بمفهوم الدافعية ، حيث أنه لا يمكن فهم طبيعة الإحباط إلا من حيث هو إحباط لدافع معين لدى الإنسان ، حيث يتعطل - جزئيًا أو كليًا - إشباع الدافع أو إفراغ التوتر .

الإحباط - إذن - هو تلك الخبرة الانفعالية المكدرة التى يستشعرها الفرد عندما يصادف عقبة أو عائقًا يحول دون إشباع دافع معين ، أو تحقيق هدف يسعى إليه الإنسان .

وقد يكون الإحباط ناتجًا عن عائق خارجى ، فيكون إحباطًا خارجى المصدر ، أى نتيجة لضغوط البيئة أو المجتمع أو الظروف الاقتصادية . إلى آخر هذه المصادر التى لا ترتبط بصورة مباشرة بإمكانات الإنسان واستعداداته الخاصة ، والتى لا يكون - فى الغالب - قادرًا على التحكم فيها أو السيطرة عليها .

أما إذا ارتبطت العوامل المعوقة للإشباع بطبيعة الإنسان ذاته بدنيًا وعقليًا ونفسيا، فإن الإحباط عندئذ يكون داخلى المنشأ .

ومن الجائز أن يكون للإحباط مصدرًا مزدوجًا يرتبط بالتكوين والطبيعة النفسية أو البدنية لفرد . وفى نفس الوقت يرتبط بظروف مجتمعه وبيئته وكافة الضغوط الخارجية المحيطة به .

وفى كافة الظروف فإن الضغوط أو المعوقات التى تؤدى إلى تكوين حالة الإحباط لدى الإنسان ليست هى المحددة فى حد ذاتها لمدى خطورة الموقف بالنسبة للصحة النفسية للفرد ، وإنما يتحدد المدى الذى يتأثر به الإنسان بحالة الإحباط فى ضوء مجموعة من المتغيرات ، لعل من أهمها :

(١) الفترة التى يقضيها الإنسان فى حالة حرمان من إشباع الدافع أو حرمان من إفراغ التوتر المتراكم . فكلما طالت الفترة ازدادت حالة الإحباط عمقا ، وأمتد تأثيرها على المحصلة النهائية من توافق الفرد وصحته النفسية .

(٢) شدة الدافع ودرجة إلحاحه . فقد يؤدى إحباط بعض الدوافع ذات

الأساس العضوى الفسيولوجى إلى نتائج مدمرة على المستوى البدنى والنفسى معًا في حين أن إحباط دوافع أخرى توصف بأنها أقل إلحاحًا قد يسمح بالتأجيل دون تأثيرات تذكر .

(٣) ترتيب أولويات الدوافع . فالدوافع تختلف فى قيمتها من مجتمع لآخر ، وداخل كل مجتمع . وحالة الإحباط تكون أكثر تأثيراً كما زاد التقدير الاجتماعى للهدف الذى يتحقق بتحقيق دافع معين كالمكانة الاجتماعية المرموقة أو السبق فى مجالات التنافس ، أو كلما ازدادت القيمة الشخصية للدافع بالنسبة للإنسان الفرد كالرغبة فى التملك واتساع حيز الملكية المادية لدى فرد معين وتحقيق الذات أو الانتصار لقضية معينة لدى فرد آخر .

وبهذا يكون مفهوم الإحباط مفهوماً نسبياً تختلف طبيعته وتختلف تأثيراته على نصيب الفرد من التوافق والصحة النفسية فى ضوء اختلاف الظروف التى سبق وناقشناها فى السطور الماضية .

وبالرغم من ذلك فقد زعم بعض السلوكيين أن أكثر « المعادلات » النفسية صدقًا وعمومية هى تلك التى مؤداها : أن الإحباط يؤدى إلى العدوان . وذلك من منطلق الأساس الذى يستندون إليه ( مثير ـ استجابة ) وهم يتغلبون على صعوبة دراسة خبرة شعورية داخلية هى الإحساس بالإحباط من خلال الاهتمام بالعقبة ذاتها التى تحول دون تحقيق الإنسان لهدفه ، أو من خلال النتيجة النهائية وهى عدم تحقق الهدف أو عدم إشباع الدافع .

والواقع أن التجريب وملاحظة السلوك فيما يتعلق بموضوع الإحباط لا يأتى سوى بنتائج جزئية أو سطحية ، وخاصة إن مواقف الإحباط التجريبية المصطنعة قلما تحدث تأثيراً مطابقًا لحالة الإحباط فى الواقع . ومع ذلك يفترض السلوكيون أن كل سلوك عدوانى لا بد وأن يسبقه حالة من الإحباط .

أما الحالا التى تصادف إحباطًا ثم لا تصدر استجابات عدوانية فإنهم يفسرونها فى ضوء نظريات التعلم الاجتماعى الذى يثاب فيه الفرد عندما يتحكم فى

انفعالاته الناتجة عن الإحباط ويكظم غضبه ولا يحوله إلى عدوان .

وفي ذلك المعنى يقرر دولارد وميللر وآخرون ما يلي :

« قد نتساءل عما حدث لما كنا نتوقعه من عدوان ، غير أننا لا ينبغي أن ننسى أن من الدروس الأولى التي يتعلمها الفرد في حياته الاجتماعية هي أن يكبح عدوانه ، ولا يعني هذا اختفاء العدوان وإنما يعني أن هذه الاستجابات العدوانية قد أرجئت بصورة مؤقتة أو قنعت أي أخذت صورة أخرى أو حولت إلى موضوع آخر. ( عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨١ ، ص ١١٢ ) .

هكذا يعود السلوكيون ليناقضوا أنفسهم ، فكيف يتسق القول بأن الإحباط لا بد وأن يؤدي إلى عدوان مع القول بأن العدوان قد تأجل أو اختفى أو تحول إلى صورة أخرى دون تفسير أو تدعيم علمي واقعي لهذا الاستنتاج .

أما عن وجهة نظر التحليل النفسي ، فإن الاهتمام هنا يتركز حول غياب الإشباع الليبيدي ، أو الحرمان من إفراغ التوتر الجنسي . فنظراً لأن الدافع الغريزي الجنسي هو صاحب الأهمية المركزية لدى التحليليين ، فإن إعاقة إشباع هذا الدافع سواء كان عاطفياً أو إنسالياً يعد من أخطر أنواع الإحباط التي تهدد صحة الإنسان النفسية . ويأتي في المقام الثاني الدافع العدواني ( غرائز التدمير العدوانية وغرائز الموت ) . حيث يعتبر الإحباط هنا أيضاً من مهددات الصحة النفسية للفرد .

ففي الحالة الأولى يتعرض الإنسان لتراكم التوتر الجنسي الذي يسعى للإشباع من خلال الضغط الذي توقعه منظمة الهي على الأنا فإذا نجح الأنا في كف محتويات الهي من خلال استخدام آليات الدفاع المختلفة فإن الغريزة الجنسية تتعرض بكاملها للكف مما يعرض قدرة الإنسان الجنسية للخطر . أو أن الأنا لا يستطيع تعبئة المدد الكافي من آليات الدفاع ضد خطر الانغمار من جانب الهي فيضطر إلى اصطناع أعراض المرض النفسي لتحقيق الإشباع بصورة محرفة تعفيه من عقاب الأنا الأعلى .

أما في حالة إحباط العدوان فإن الطاقة العدوانية قد لا تجد متنفسا خارجيا

بديلا فترتد إلى الذات معرضة اتزان الأنا إلى الاختلال بداية من ابسط مشاعر الذنب إلى تهديد الحياة ذاتها من خلال محاولات الانتحار .

وبالرغم من أن مدارس علم النفس الإنسانى لا ترفض آراء التحليل النفسى فى هذا الصدد ، إلا أن الإنسانيين يرون أن أخطر أنواع الإحباط الذى يهدد صحة الإنسان النفسية هو إحباط إرادة المعنى فالإنسان يهتم أساسا بتحقيق معنى معين أو هدف خاص يجعل لحياته قيمة .

وتحقيق الإنسان لذاته يتم من خلال تحقيق هذا المعنى أو بلوغ ذلك الهدف . فإذا عجز الإنسان عن اكتشاف معنى حياته أو تبنى قضية يحقق من خلالها هدف يرضى إنسانيته فإنه يعانى من إحباط إرادة المعنى لديه ، فتصبح حياته بلا قيمة حقيقية وينتابه الشعور بالعجز واليأس .

وهكذا قد يشبع الإنسان احتياجاته البيولوجية ويحقق الإشباع على المستوى الاجتماعى والنفسى . ولكنه قد يظل ـ مع ذلك ـ عرضة لأقسى أنواع الإحباط إذا لم يكشف هدفه الخاص فى الحياة والذى تكتسب من خلال السعى لتحقيقه قيمتها ومعناها .

## ثالثاً : الصراع :-

الصراع أيضًا من المفاهيم التى ترتبط بالدافعية فى سياق دراسات الصحة النفسية . وذلك من حيث أن الدوافع يمكن تصويرها أو تشبيهها بالقوى التى تدفع الإنسان فى اتجاه أو آخر لتحقيق هدف معين يشبع به احتياج الدافع الأصلى . إلا أنه من سوء حظ الإنسان إن دوافعه لا تتفق دائمًا فى الاتجاه الذى تدفعه إليه ، بل إنها أحيانا ما تصطدم ببعضها البعض عندما تتعارض الأهداف التى تسعى لتحقيقها. وفى هذه الحالة يعانى الإنسان من الصراع النفسى . ونظرا لأن الإنسان (مدفوع) دائمًا بدوافعه المختلفة ولأن الدوافع كثيرا ما تتعارض وتتناقض فإنه من الطبيعى أن يكون الصراع النفسى أمرا عادياً . بل أن هناك من يذهب إلى القول بأن الصراع هو طبيعة الحياة النفسية الإنسانية .

ويعرف عبد السلام عبد الغفار الصراع النفسى بتلك الحالة التى تنطوى على تعرض الفرد لقوى متساوية تدفعه فى وجهات متعددة بحيث يصبح عاجزاً عن اختيار وجهة نظر معينة ، ويشعر الفرد فى مثل هذا الموقف بمشاعر الضيق والتوتر لعجزه عن الاختيار (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٠ ، ص ٨٧ ) . والحقيقة أن الإنسان يتعرض للمواقف الصراعية حتى ولو لم تكن القوى التى تتدافعه متساوية . بل أن الحالة التى تتساوى فيها القوى المتصارعة إلى الدرجة التى يصعب فيها حسم الصراع وتتجمد قدرة الإنسان على اتخاذ القرار هى حالات نادرة إلى حد كبير . أما مواقف الصراع التى تختلف فيها القوى النسبية للدوافع المتصارعة فيغلب عليها مواقف حسم الصراع من خلال الحلول الوسط أى عن طريق تعديل المحصلة النهائية للسلوك بحيث يأخذ الإنسان فى اعتباره كافة القوى الداخلة فى الصراع وهذا هو التعريف المبسط لمفهوم الدينامية .

والتحليل النفسى : هو أكثر مدارس علم النفس إيمانا بمفهوم الدينامية . وقد أفرد فرويد جانبا كبيرا من دراسته فى بدايات ظهور التحليل النفسى لمفاهيم جوهرية ترتبط بالصراع النفسى كالدينامية . ووجهة النظر الاقتصادية . ومنظمات الشخصية ( الأنا والهى ، والأنا الأعلى ) وتتلخص وجهة نظر التحليل النفسى فى موضوع

الصراع فى مجموعة الأسس التى يخضع لها توزيع الطاقة النفسية بين منظمات الشخصية المختلفة ، حيث أن هذا التوزيع هو الذى يحدد القوى النسبية لكل طرف من أطراف الصراع . أى ببساطة ، يضمن قدراً معيناً من الطاقة تحت تصرف غرائز الهى ، وسطوة الأنا الأعلى ، وقدرة الأنا على بذل المجهود الذى يتحقق من خلاله التوفيق بين متطلبات كافة منظمات الشخصية .

وتضغط كل منظمة بما تملكه من ثقل نسبى لتحقيق أكبر قدر من التميز عن باقى منظمات الشخصية ، وهذه هى طبيعة الصراع النفسى . والصراع يحسم ـ غالبا ـ لصالح المنظمة الأقوى . فإذا كانت الهى بغرائزها أقوى من قدرة الأنا على تنظيم الإشباع وقدرة الأنا الأعلى على الضبط أو التحكم غمرت الغرائز الأنا الضعيف وفرضت اهتمامها الأول وهو تحقيق الإشباع المباشر بدون قيود ، أو بأقل قدر من القيود . وهذه النتيجة وخيمة العواقب بالنسبة للصحة النفسية . أما إذا كانت سطوة الأنا الأعلى أقوى من مطالب الهى وتحايلات الأنا . فإن الشخصية بكاملها تصبح مقموعة ومكبلة بأغلال وقيود الأنا الأعلى . وهذه أيضًا فى غير صالح صحة الفرد النفسية . ولكن أفضل النتائج هى تلك التى تتحقق من خلال سيطرة الأنا على الموقف . فقوة الأنا هى الضمان الأمثل لتحقيق الصحة النفسية وحسم الصراع فى ظل من المصالحة والتوفيق بين المطالب المختلفة لمنظمات الشخصية وللواقع الخارجى أيضاً .

أما عن وجهة نظر المدرسة السلوكية ، فهى تعتمد على تحويل مظاهر الصراع إلى سلوكيات تنشأ كاستجابة لمواقف خارجية ، فالصراع الداخلى يترجم إلى استجابات مترددة بين الإقدام والإحجام . والتعريف السلوكى للصراع يتلخص فى أنه ينشأ عن تقديم مثير إلى الكائن الحى بحيث يكون لهذا المثير القدرة على استثارة استجابتين متناقضتين بنفس القوة . والموقف الصراعى موقف منفر يستثير استجابة الإحجام ويمكن إكساب مثير ما القدرة على إثارة استجابتين اشتراطيتين متناقضتين وذلك عن طريق تقديمه بمصاحبة مثيرين طبيعيين يثيران استجابتين متناقضتين فى أوقات مختلفة (عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٠ ، ص ص ٨٩ ، ٩٠) .

وهكذا تحكم قوانين التعلم الشرطى اكتساب الإنسان (للسلوك ) الصراعى . فالإنسان هنا يتعلم أن يستجيب لمثير واحد استجابتين متناقضتين كل واحدة منهما على حده ، ويؤدى هذا التعلم المشوش إلى سلوك ترددى بحيث لا يستطيع الإنسان إن يحدد أى الاستجابتين يختار عندما يتعرض لذلك المثير .

ويفرق السلوكيون بين مجموعة من المواقف يتعرض فيها الفرد لمثيرات معينة تتطلب منه استجابات متناقضة ، أو العكس ، أى أن يتعرض لمثيرات مختلفة عليه أن يختار الاستجابة لأحدها دون غيره ، فيجد الإنسان نفسه تارة فى موقف يتطلب استجابة الإقدام لأسباب معينة وأسباب أخرى تدفعه للإحجام : فالإغراء الجنسى يدفعه للإقدام فى حين أن ضوابط المجتمع تجبره على الإحجام وهذا موقف صراع إقدام إحجام . أو يواجه بمثيرين عليه أن يستجيب استجابة إقدام لأحدهما دون الآخر ، حيث أن الاستجابة لمثير تعنى إهمال المثير الآخر . فقد يكون النجاح المادى والمهنى دافعا للسلوك فى اتجاه معين فى حين يكون الالتزام الخلقى أو التضحية من أجل الآخرين دافعًا للسلوك فى اتجاه معاكس ، وهذا هو موقف صراع إقدام - إقدام . وهناك أيضًا موقف إحجام - إحجام عندما يتعرض الفرد لمثيرين كلاهما يتطلب استجابة الإحجام ، ولكن تفادى أحدهما يعرض الفرد للاصطدام بالمثير الآخر كان يكتشف أب أن ابنه ارتكب جريمة لم ينل عنها عقاب فيجد نفسه فى موقف عليه أن يختار بين أن يرضى ضميره ويكشف جرم ابنه لينال جزاءه رغم أنه قد يفقد ابنه ( موقف يستثير استجابة إحجام ) أو أن يخفى الأمر فيفلت المجرم من العقاب ويستمر فى غيه وأذاه للغير ( وهذا أيضًا موقف يستثير استجابة إحجام ) .

ويعتقد السلوكيون أن موقف صراع إقدام - إقدام ، أو موقف إحجام - إحجام، برغم صعوبة حسمهما إلا أنه غالبًا ما ينجح الإنسان فى النهاية فى ترجيح إحدى الاستجابتين . أما صراع إقدام - إحجام لنفس المثير فعادة ما يكون أكثر صعوبة فى حسمه وأكثر تأثيرا على الاتزان النفسى للإنسان .

أما الصراع النفسى من وجهة نظر مدارس علم النفس الإنسانى فهو أكثر

شمولا من وجهتى النظر السابقتين ، إنه صراع تدخل فيه أطراف عديدة تشمل وجود الإنسان بأكمله . أنه فى الحقيقة صراع بين وجود الإنسان وعدمه ، وبتعبير آخر أنه صراع الوجود واللاوجود ، فالإنسان يسعى إلى تحقيق ذاته كإنسان ، وتهدد عوامل عديدة مسعاه بالفشل فالموت والمرض عوامل بيولوجية تهدد وجود الإنسان على المستوى الفيزيقى ، وعلى المستوى النفسى يتهدد مسعاه بمعوقات اجتماعية ونفسية عديدة كما أن الخوف من الفشل فى اختيار وتحمل مسئوليات الحياة المستقلة يهدد مسعاه لتحقيق الذات على المستوى الإنسانى المكتمل .

فالصراع الذى يعانيه الإنسان حقا هو صراع بين إثبات الوجود والحياة الإنسانية المكتملة وبين القوى التى تهدد هذا الوجود فى كافة مسئولياته البيولوجية والاجتماعية والنفسية والروحية . وهو صراع متجدد يعيشه الإنسان فى كل لحظة من لحظات حياته ، ولا يحسم بشكل كامل طالما ظل الإنسان حيا .

وقد ينتصر الإنسان حينا لتحقيق ذاته فيختار واقعه الأفضل ويتقبل حريته ويتحمل مسئولياته ، وقد تنتصر قوى الصراع لصالح اللاوجود من خلال التضحية بالحرية وقبول الأمر الواقع وتخلى الإنسان عن مسئولياته وفقدانه قوة الإرادة التى تمكنه من اختيار أفضل واقع يريد أن يعيشه . وحين يحسم الصراع لصالح وجود الإنسان فإنه يحسم فى نفس الوقت لصالح صحته النفسية ورضاه عن ذاته وعن واقعه . فى حين أن تغلب قوى اللاوجود يؤدى إلى عواقب وخيمة على صحة الإنسان النفسية ، وقد يدمر حياته حتى على المستوى الفيزيقى .

**رابعًا : القلق :-**

يعد القلق من الخبرات الانفعالية ذات الأهمية المركزية بالنسبة للصحة النفسية لدى الإنسان . لذلك فإن القلق يعد من الموضوعات التى لقيت اهتمامًا كبيرًا بين دارسى الصحة النفسية وكافة مجالات علم النفس الأخرى .

وتتفق كافة التوجهات النظرية فى علم النفس على مدى أهمية موضوع القلق وجوهريته بالنسبة لدارسى علم النفس . ورغم ذلك فإن تعريف القلق وأهم خصائصه وأقوى مصادره ومدى تأثيره على الصحة النفسية للإنسان هى موضوعات جدلية مازالت محل اختلاف وتباين كبير بين مدارس علم النفس الرئيسية الثلاث .

على أى حال يمكن تعريف القلق بأنه ( خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر ، أو إنها توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثًا خطيرًا يوشك أن ينزل به ، وغالبا ما يجهل الإنسان طبيعة الخطر الذى يستشعر تهديده على نحو محدد ) وعادة ما تصاحب حالة القلق بعض التغيرات الفسيولوچية مثل زيادة عدد ضربات القلب . وزيادة إفراز هرمون الادرينالين فى الدم ، وزيادة إفراز العرق وتسارع معدل التنفس ، وذلك بالإضافة إلى ضعف القدرة على التركيز والشعور بالأرق . وهذه المصاحبات قد تصاحب، حالة الخوف أيضًا ، بل أن حالة القلق تقترب فى مظاهرها وخصائصها من حالة الخوف . إلا أن هناك بعض الاختلافات الجوهرية بين الخوف والقلق تمكننا من تمييزها عن بعضها . ففى حالة الخوف يستطيع الإنسان تحديد مصدر خوفه ، فى حين أن مصدر القلق يكون غامضاً وغير محدد ، كما أن الخوف ينصب على موضوع فى الحاضر أما القلق فيغلب عليه توقع الخطر فى المستقبل .

ولأن الخوف له موضوع شاخص فى الحاضر وواضح ومحدد فإنه تسهل مواجهته ، أما موضوع القلق الغامض فإنه يجعل من حالة القلق موقفًا أو خبرة داخلية أليمة يصعب مواجهتها أو تحملها .

## القلق فى التحليل النفسى :

اعتبر أنصار التحليل النفسى صدمة الميلاد هى المصدر الأول لمشاعر القلق لدى الإنسان . فالوليد عندما ينتقل من بيئة الرحم المشبعة الهادئة الآمنة إلى البيئة الخارجية بكل ما تحمله من مثيرات غامرة تختلف كل الاختلافات عن البيئة المطمئنة التى اعتادها فإنه يشعر بعجزه عن مواجهة هذا العالم بكيانه الضعيف فيغمره لأول مرة شعور القلق الهائل الذى يصبح الأنموذج الأولى لكل مشاعر القلق التى تمر بخبرته فيما بعد .

* والمكون الرئيسى للقلق من وجهة النظر هذه هو مزيج من الجهل بطبيعة التهديد والشعور بالعجز حياله . وهو بالتحديد ما يستشعره الإنسان الواقع تحت تأثير حالة القلق . فالإنسان يعانى القلق عندما يواجه بخطر غامض وتهديد يعتقد أنه لا قبل له به .

وقد حاول فرويد تفسير القلق بنظرية لم يلبث أن عدلها عندما اكتشف عيوبها . ففى نظريته الأولى عن القلق ـ والتى عرفت باسم نظرية تحول الليبيدو ـ اعتقد فرويد أن إحباط الإشباع الجنسى يؤدى إلى أن تتحول الطاقة الليبيدية المحبطة إلى قلق . فمن خلال عملية ما يتحول التوتر المتراكم نتيجة غياب الإشباع إلى حالة قلق . أما نظرية القلق الثانية فقد لجأ إليها فرويد لحل مشكلة كيفية تحول محتويات خاصة بالهى إلى مشاعر يعانيها الأنا . فقد افتقر هذا التفسير إلى أى مبرر منطقى . لذلك تبنى فرويد التفسير الخاص بوظيفة الأنا الدفاعية ، حيث اعتبر أن تهديد الهى بالكشف عن محتوياتها فى حيز وعى الأنا طلبًا للإشباع المباشر هو بمثابة حفزة خطرة تتلقاها الأنا كصدمة تنبىء بقرب تفككها وانهيارها ، لذلك فإن الأنا تستخدم استجابة القلق كى تستقر دفاعاتها لتحكم قبضتها أو تستعيد سيطرتها على محتويات الهى الجامحة .

وبذلك لا يعتبر القلق مرضًا فى حد ذاته طالما أنه ينجح فى أداء وظيفته فى الحفاظ على اتزان الشخصية من خلال إجبار الأنا على استعادة الاتزان المفقود

بين ضغوط الهى وقوى الأنا الدفاعية . أما إذا تقاعس الأنا عن الاستجابة لإنذار القلق الغامر يكتسح الأنا الضعيف مع تزايد ضغوط محتويات الهى ويتجدول القلق فى صورة أعراض مرضية ، عندئذ يصبح القلق مولدا للمرضى النفسى .

## القلق فى السلوكية :ـ

كان من الطبيعى أن يرفض السلوكيون تفسير التحليل النفسى للقلق فى كل مراحله . فهم لا يقبلون بالتفسيرات التى ترجع أى ظاهرة إنسانية إلى أساس لا شعورى ، لذلك فقد انتقدوا موقف التحليل النفسى انتقاداً عنيفاً على أساس إن القلق لا يمكن أن تكون له وظيفة « المثير » وإنما هو استجابة متعلمة وفقاً لقواعد التعلم الشرطى الذى تخضع له كافة استجابات وعادات الإنسان .

والعجيب إن السلوكيين يطابقون بين استجابة القلق واستجابة الخوف والفرق الوحيد هو المثير الذى يكون طبيعيًا فى حالة الخوف وشرطيًا فى حالة القلق « فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة ، فإذا أثيرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوف ، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف ، فهذه استجابة قلق » .

القلق لدى السلوكين ـ إذن ـ ليس سوى استجابة متعلمة وفقًا لمبادىء التعلم الشرطى ويفرق السلوكيون بين القلق كحالة طبيعية أو كحالة مرضية فى موقفين أساسيين ، فالقلق ـ من وجهة نظرهم ـ استجابة طبيعية إلا إذا كانت تستثار بمثيرات أو فى مواقف لا تلقى نفس الاستجابة عند الغالب الأعم من الناس ، وإلا إذا كانت استجابة القلق بالغة الشدة ، أى إذا زادت درجتها عند فرد من الأفراد بصورة كبيرة جداً بالمقارنة بغيره ، وهاتان هما الحالتان اللتان يتبدى فيهما الفارق بين القلق الطبيعى والقلق المرضى . أما من حيث التكون والنشأة فإن استجابة القلق المرضى تكتسب بنفس الطريقة التى تكتسب بها استجابة القلق الطبيعية .

## القلق فى المدرسة الإنسانية :-

تهتم مدارس علم النفس الإنسانى بموضوع القلق اهتمامًا كبيرًا يفوق بمراحل وضعه فى مدرستى التحليل النفسى والسلوكية . فالقلق هنا ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة . وليس مجرد استجابة يكتسبها أثناء عملية تعلم ، وإنما القلق هو جوهر طبيعة النفس الإنسانية ، فالإنسان هو الكائن الحى الوحيد الذى يستشعر القلق ويعانيه كخبرة يومية مستمرة تبدأ ببداية حياته ولا تنتهى إلا مع آخر أنفاسه الحية .

وقد اعتقد البعض أن القلق لدى الإنسانيين يختلف من حيث أنه يتعلق بالمستقبل فى حين لدى السلوكيين وفى التحليل النفسى بالخبرات المكتسبة فى الماضى . وهو فى الحقيقة اعتقاد شائع وخاطىء فالقلق ينصب دائمًا على المستقبل ، وقد رأينا إن تعريف القلق يعبر عن حالة التوقع أو التوجس ، فالقلق يكون من حدث غامض يتوقع حدوثه فى المستقبل القريب أو البعيد . ولكن مصدر القلق لدى الإنسانيين ليس الماضى وحسب أو المستقبل وحسب ، وإنما مصدره الحياة برمتها فى ماضيها وحاضرها ومستقبلها .

ولعل المدرسة الوجودية - وهى أحد ممثلى الاتجاه الإنسانى . عبرت عن هذا الموقف أفضل تعبير بمناقشتها لأهم مصادر القلق لدى الإنسان ، أو مصادر القلق الوجودى .

### (أ) الموت :-

فهو مصدر القلق الأول لدى الإنسان رغم أن معظم اتجاهات علم النفس الأخرى تجاهلت هذا المصدر إلى حد كبير ، والإنسان هو الكائن الحى الوحيد الذى يدرك حتمية نهايته ، فقط هو يجهل متى تنتهى حياته ، لهذا فإن الحياة كلها تحمل ذلك القلق لأن الموت متوقع فى أى لحظة من اللحظات .

### (٢) تهديد القيم :-

رغم أن الإنسان يعتبر خطر الموت هو أهم تهديد يواجهه ، ومن ثم فهو أبرز مصادر قلق الإنسان . إلا أن قيمة حياته ذاتها تتضاءل أمام القيم التى يؤمن بها ويتبناها . فالوطنية والانتماء لقضية إنسانية معينة قد تصبح من القيم التى يطابقها الإنسان مع وجوده ذاته ، وذلك بحيث يصبح أى تهديد موجه لهذه القيم أحد مصادر القلق لدى الإنسان .

### (٣) الحرية :-

نظراً لأن الإنسان حر الإرادة فإنه يختار حياته ، بمعنى أن حياة الإنسان ما هى إلا سلسلة من اتخاذ القرارات وتحمل مسئولياتها .

تلك القرارات إما اختيار الماضى المألوف ، أو اختيار المستقبل الجديد وغير المألوف وغير المضمون أيضاً . فقد يختار الإنسان الماضى المألوف فيتنازل عن حريته ويقنع بأن يذوب فى الجماعة يفعل ما يفعلون . ويتجنب ما يرفضون . إنه هنا يفقد فرديته - بإرادته - ليحتمى بالجماعة . أما اختيار المستقبل فيعنى أن يقبل الإنسان ما تمليه عليه إراداته الحرة ويتنازل عن الأمن الذى يوفره له ما هو تقليدى وما تقبله الجماعة ليستكشف غير المألوف ويخوض تجارب لم يمر بها غيره ، وليتحمل وحده مسئولية ما يمكن أن يترتب عليه من فشل أو نجاح . هذا الإصرار على خوض التجربة بالرغم من عدم ضمان نجاحها هو الذى يفجر القلق . فإذا كانت المسئولية قرين الحرية ، فإن القلق قرينهما معا .

والقلق الإنسانى - أو القلق الوجودى - قلق سوى له دور إيجابى بناء . فهو دافع الإنسان للحياة على مستوى إنسانى حق . ذلك لأنه فى جوهره يعنى عدم الرضا عن الواقع ، واقع الذات والحال الذى تعيش فيه . فالإنسان يستشعر القلق عندما يجد ذاته تعيش فى مستوى أدنى مما تؤهلها إمكاناتها له . وأن الفترة التى عليه أن يجرى فيها التغيرات اللازمة فترة محدودة ليست ممتدة إلى ما

لا نهاية ، وأن التغييرات التى عليه أن يقوم بها ويتحمل مسئوليتها لها نتائج غير مضمونة .

وهذا لا يعنى أن القلق من وجهة نظر الإنسانيين لابد وأن يكون سويًا فهم يؤمنون بالأوجه المرضية للقلق التى ناقشها التحليل النفسى أى أن القلق السوى هو ذلك القلق الدافعى الذى يجعل الإنسان يتمرد على واقعه ويسعى لتغييره فى حين إن القلق المرضى ( العصابى ) هو نوع من القلق يشل قدرة الإنسان على الاختيار والتغير ويضيق من نطاق حريته إلى حد بعيد . كما أن القلق السوى يكون ملائمًا لخطر التهديد الفعلى أيًا كان مصدره ولا يتضمن كبتا ويمكن مواجهته على مستوى شعورى بشكل بناء ، أو أنه يزول ـ مؤقتا ـ بزوال الموقف المتضمن للتهديد ، أما القلق العصابى فلا يكون ملائمًا للتهديد المتضمن فى الموقف ، ويمتزج بصراعات نفسية واقعة تحت الكبت ولذلك فهو يعبر عن نفسه فى صورة أعراض ، كما إن للقلق العصابى آثار هدامة لأنه يسيطر بواسطة أنواع مختلفة من إعاقة النشاط وتعتيم الوعى ، وبالتالى فإنه يقلل من فرص نمو الإنسان ويحتجزه فى حيز ضيق من الأعراض والدفاعات .

## خامسًا : اليات الدفاع :

يرجع إلى التحليل النفسى الفضل الأكبر فى معظم المعارف المتوفرة لدينا عن موضوع آليات الدفاع أو الحيل النفسية . وقد بذل فرويد والتحليليون الأوائل جهدًا كبيرًا فى التعرف على طبيعة هذا النوع من النشاط النفسى وتصنيف صوره والتعرف على الوظيفة التى يقوم بها .

وقد استكمل الفرويديون الجدد الجهد المبذول فى دراسة آليات الدفاع وأضافوا إليه إضافات عديدة فى سياق دراستهم لسيكولوچية الأنا وتزايد اهتمامهم بوظائف الأنا والجوانب الشعورية فى الشخصية .

والحيل الدفاعية هى أحد أنشطة منظم: الأنا تهدف من ممارستها إلى «الدفاع» عن اتزان وتكامل الشخصية ، فهى أحد أساليب الأنا فى التوفيق والمصالحة بين رغبات الهى وحفزاته وبين رقابة الأنا الأعلى وما الحيلة الدفاعية إلا أسلوب لاشباع الرغبة دون استفزاز لرقابة الأنا الأعلى ودون تعارض مع ضوابط العالم الخارجى .

تبدأ الحفزة الخطرة تطالب بالإشباع المباشر . وتفرض الهى ضغوطها على الأنا مطالبة بتحقيق الإشباع بدخول الرغبة إلى حيز الشعور ، ويدرك الأنا خطورة الموقف الذى ينذر بتهديد الأنا الأعلى بالإضافة إلى الشعور بالنبذ من قبل الواقع المحيط : أى أن الأنا الأعلى يرفض تحقيق الإشباع والواقع الخارجى أيضًا لا يسمح بهذا الإشباع فى صورته البدائية المباشرة ،. فتتحايل الأنا على الأنا الأعلى وعلى ضوابط الواقع من خلال أسلوب تسمح به بخروج الحفزة لحيز الواقع ولحيز الشعور كى تنال الإشباع فى صورة محرفة غير مباشرة بحيث يحظى بقبول الواقع وقبول الأنا الأعلى .

والواقع إن اصطدام الرغبة بقوى الدفاع الذى يمثل الأنا خطه الأول يطلق القلق - كما رأينا - ليعمل بمثابة إشارة إنذار تدفع الأنا لابتكار الأسلوب الملائم لاستبدال حيلة دفاعية بأخرى عندما تفشل الأولى فى تحقيق المصالحة المطلوبة . وليس من الغريب أن تستخدم الأنا مجموعة من الحيل الدفاعية تضمن من خلال توظيفها لأغراض المصالحة بين الرغبة والدفاع أفضل النتائج الممكنة .

ومن هذا يمكننا القول إن نجاح آليات الدفاع يحسب ضمن نجاحات الأنا في تحقيق المصالحة بين الرغبة والدفاع ، بمعنى أنه إنجاز في صالح المصلحة النهائية لصحة الفرد النفسية .

**تصنيف آليات الدفاع :-** يمكن تصنيف آليات الدفاع النفسى على أساس من الوظيفة التى تؤديها ومدى نجاحها - أو فشلها - فى تحقيق الاتزان النفسى والحفاظ على مستوى ملائم من الصحة النفسية . وهى على هذا الأساس يمكن أن تنقسم إلى نوعين رئيسيين هما : الآليات الناجحة ، والآليات المولدة للمرض وذلك بالإضافة إلى نوع خاص من حيل الدفاع ينشط أثناء حالة النوم ، وهو ما يسمى باليات عمل الحلم .

**( أ ) آليات عمل الحلم :-**

ففى أثناء النوم يتخفف الأنا من قبضة الأنا الأعلى وتغيب رقابة الواقع الخارجى ، وتنتهز الهى الفرصة لتبحث عن الإشباع ، ولكن حالة النوم تمنع الإشباع الفعلى فتكتفى الهى بالإشباع المتخيل ( الهلوسى ) ، فى صورة الحلم، ولكن ضعف رقابة الأنا الأعلى لا يعنى غياب الرقابة بالكامل ، بل إن خروج محتويات الهـى ينذر بأن يقطـع الرقيب الحلم ليوقف تدفق محتويات الهى .

وهنا يقوم الأنا بدور مزدوج ، فهو يستخدم آليات عمل الحلم كى يحقق قدراً من المصالحة بين الرغبة والرقابة (وهو ما يشبه دور الأنا فى حالة الصحو) ، بالإضافة إلى أن التحايل على رقابة الأنا الأعلى يحول دون تدخل ذلك الأخير بمقاطعة الحلم والنوم، فالأنا يحفظ حالة النوم أيضاً من خلال ضمان استمرار الحلم .

وتضطلع آليات عمل الحلم بوظيفة تحقيق الأفكار المعبرة عن رغبات الهى إلى حلم يقوم بوظيفة تحقيق الرغبة فى ظل رضا الرقابة ( الأنا الأعلى ) . وذلك من خلال عمل آليات الترميز ، والتكثيف ، والصياغة المسرحية (المسرحة) ، الصياغة الثانوية .

أما آلية أو حيلة الترميز فتعنى تحويل الفكرة الممثلة للحفزة الخطرة إلى رمز يحققها ويموهها فى الوقت نفسه كأن تتحول فكرة الجماع الجنسى مع المحارم إلى تسلق شجرة مع الموضوع المحارمى . والتكثيف يعنى استخدام نفس الموقف أو نفس الرمز لتحقيق أكثر من هدف ، أو دمج مجموعة من الأفكار المحققة لرغبات عديدة فى رمز واحد أو موقف واحد ، فالرقص أمام مشاهدين يمكن أن يكشف الرغبة فى إشباع جنسى ذو طابع خاص ( الحركة ) والاستعراضية (المشاهدين) ، والإحساس بتقبل الآخرين ( التصفيق وإعجاب المشاهدين ) .. وهكذا .

وتفيد عملية المسرحة فى تحويل الأفكار إلى مشاهد تترجمها، فهى أقرب إلى عمل كاتب السيناريو الذى يحول أفكار قصة مكتوبة إلى مشاهد وحوار وأبطال .

أما الصياغة الثانوية فتعمل على سد الثغرات واستكمال جوانب النقص فى الصورة النهائية أو ما يعرف بالمحتوى الظاهر للحلم . فالحلم يكون عادة أشبه بالفيلم السينمائى المحكم له بداية ونهاية وتسلسل منطقى .

فإذا عملت جميع آليات الحلم بنجاح أدى الحلم وظيفته كأداة للإشباع المقبول وكحافظ لحالة النوم ، وكأداة من أدوات الأنا المحققة للاتزان النفسى والصحة النفسية . ولكن أحيانًا يفشل الحلم فى أداء وظيفته كحارس للنوم ، وذلك عندما تصبح الحفزة الخطرة أكثر وضوحاً وقابلية لأن يكتشفها الرقيب ، فيتدخل بقطع النوم من خلال إنهاء الحلم بصورة درامية مفاجئة ، وذلك من قبيل أحلام « الكابوس » التى تنتهى عادة بأن يصحو النائم فى حالة فزع شديد، فهو يعانى للحظات من حالة قلق غامر يصاحب قرب انكشاف المادة اللاشعورية صريحة فى المحتوى الظاهر للحلم .

## ب - الآليات الدفاعية الناجحة :-

اتضح مما سبق إن نجاح الآليات الدفاعية فى أداء وظيفتها - التى هى إحدى وظائف الأنا - يعد من مظاهر الصحة النفسية ، ففيه قدر كبير من تحقيق التوازن بين منظمات الشخصية . ومع ذلك فهناك آليات دفاع تنتمى بأكثر من غيرها

إلى الصحة النفسية نعرض منها الكبت الناجح ، والإعلاء .

* أما الكبت الناجح ، فهو غالباً ـ ما يرتبط بآليات الدفاع الأخرى يسبقها ويمهد لها . فهو يعنى استبعاد الأفكار والأفعال الممثلة للغريزة البدائية إلى حيز اللاشعور ، حيث لا يمكن أن يدركها العقل الواعى للإنسان ، ومع ذلك فإنه يسمح بخروج قدر يسير ومنتظم من طاقة الغريزة ليحصل على الإشباع . وتنظيم قدر الطاقة المسموح بخروجه هو الذى يجعل من مهمة الأنا أمراً أكثر يسراً ويمكن التحكم فيه . أما الكبت بالمعنى الدقيق والذى يعنى كبت « كل » الحفزة بكل طاقتها فإنه لا يضمن نجاح الأنا فى أداء مهمتها على المدى الطويل ، لأن تراكم التوتر للحفزة المحرومة من كل إشباع سوف يجد عاجلا أو آجلا طريقه للشعور عندما يكتسب القوة الكافية أو حين ترتخى قبضة الأنا لسبب أو لآخر . حينئذ لا يمكن السيطرة على تدفق المكبوت الذى وجد فرصته أخيراً لتحقيق الإشباع .

* أما الإعلاء : فيعنى استغلال طاقة الحفزة غير المقبولة فى تحقيق إشباع مقبول ، بل ويستحق الثناء . مثل الحفزات العدوانية المسرفة فى الشدة (كالسادية) التى يتم إعلاؤها إلى ممارسة الجراحة كمهنة أو ممارسات أبطال الجيوش .

## جـ ) الدفاعات المولدة للمرض :

فعندما تفشل الحيلة الدفاعية تستدعى الأنا حيلة أخرى وتستمر هذه العملية حتى تستطيع تحقيق السيطرة المطلوبة على أسلوب إشباع الحفزات الغريزية . وقد لا تبلغ الأنا الرضا مطلقًا وتظل تدور فى حلقة مفرغة من الدفاعات غير الناجحة تستنفذ طاقاتها وتزيد من تحريف صور الإشباع التى تبدأ تأخذ صور الاعراض المرضية التى تتراوح خطورتها بين حالات اضطرابات الشخصية الهينة وحالات المرض العقلى العميق .

وقد يكون الإنكار من أخطر آليات الدفاع المولدة للمرض ، حيث ينتهى

بالفرد إلى إنكار الواقع المؤلم المحبط وغير المشبع ، إنكاره بكليته ، بحيث يفقد المريض كل علاقة بالواقع ويعيش فى واقع متوهم خاص به وحده . عالمه الخاص ، وهو عالم الفصامى . ذلك الذى يرفض المريض أن يعيش سواه ، فالعالم الحقيقى غير معترف به .

والإسقاط أيضًا من آليات الدفاع المولدة للمرض . حيث يرفض الإنسان الاعتراف بوجود الحفزات الكريهة فى ذاته فيسقطها على الآخرين أو على العالم هذه الآلية تنشط فى حالات ذهان البارانويا . حيث يسقط الإنسان عدوانيته على الآخرين فيشعر بالاضطهاد .

وتعمل آلية الاستدخال فى بعض صور الاكتئاب الذهانى ، حيث يستدخل الإنسان الموضوع المحبوب الذى حرم منه ، ثم يوجه له عدوانه ( وحبه أيضًا لأنه ثنائى العاطفة ) ، فهو يوجه عدوانه للآخر المستدخل فى ذاته حتى ينتهى به الأمر إلى تدمير الذات .

* أما آليتى المحو والعزل فتنشطان فى حالات عصاب الوسواس القهرى ، حيث تكون مميزة للعديد من الطقوس الحوازية والأفكار القهرية للمريض . كما أن آليتى الكبت والعزل تشتركان فى تشكيل بعض الأعراض الهيستيرية . وتنشط آلية الإزاحة فى حالات الفوبيا .

* وقد سبقت الإشارة إلى دور آليتى النكوص والتثبيت فى تحديد الصورة النهائية للمرض النفسى أو العقلى فى ارتباطهما بنقط الضعف الموجودة فى التاريخ التطورى النفسجنسى للمريض ( بذرة العصاب ) .

## السلوكية والحيل الدفاعية :-

لم يكن من الممكن للسلوكية أن ترفض كل ما جاء به التحليل النفسى بخصوص حيل الدفاع نظرًا لوجود العديد من المظاهر السلوكية التى تؤكد وجود هذه العمليات النفسية المعقدة . إلا أنهم حاولوا تفسيرها فى ضوء عمليات شعورية ملموسة ، سميت بأساليب حل صراع هروبية .

« يرفض السلوكيون استخدام مفهوم الحيل الدفاعية ويستبدلونه بمفهوم أساليب الهروب الجزئية ، ولا يذكرون فى حديثهم ما يشير إلى اللاشعور ، فهم يرفضون هذا المفهوم رفضاً تاماً . وقد يفسرون ما يحدث فى أثناء الحيل الدفاعية مستندين فى تفسيرهم إلى نظريات التعلم ، ويقدمون السلوك الذى يسلكه الفرد عند استخدامه من دراساتهم عن عملية التعلم » ( عبد السلام عبد الغفار ، ١٩٨٠ ، ص ١٤٩ ) .

ومن أمثلة تحويل التفسيرات المتعلقة بعمليات لا شعوررية إلى تفسيرات سلوكية ، محاولة السلوكيين تفسير الكبت ( الذى يطلقون عليه اسم القمع ) فى ضوء اختلال عمليات التذكر فيقترب الكبت من النسيان ، وتلتبس بعض الدفاعات كالإنكار والإزاحة لتفسر فى ضوء اختلالات إدراكية تكفل للإنسان الهرب من مواقف الصراع وحلها بطرق غير مباشرة وغير سوية .

## وجهة نظر إنسانية :-

قد يرفض الإنسانيون تفسيرات السلوكية فيما يتعلق بتفسير آليات الدفاع ، فهم أميل إلى اعتبار التفسيرات التى قدمها التحليل النفسى أكثر صدقاً وأقرب لحقيقة الإنسان . ولكنهم يهتمون بالمحصلة الإنسانية النهائية .

فاستخدام آليات الدفاع من وجهة نظر التحليل النفسى يكون فى صالح الصحة النفسية طالما لم يكن استخدامها مسرفاً وطالما أدت آليات الدفاع وظيفتها الدفاعية بنجاح . وذلك رغم أن آليات الدفاع تعمل على مستوى لا شعورى . ولكن الإنسانيون يعتبرون إن غياب الوعى ليس فى صالح صحة الإنسان النفسية مهما كانت النتائج جيدة ظاهرياً ، ويعتبرون جهود الأنا المتعلقة بآليات الدفاع تزييفاً للوعى وتهربا من مواجهة الواقع المحيط ، فالمواجهة مع الواقع حتى وإن احتملت قدراً من الألم والقلق ، أفضل من الهروب المتحايل .

## قائمة بآليات الدفاع الأساسية

### ١ ـ الكبت regression

حيلة دفاع أساسية ، أو أنها حيلة الدفاع الأساسية . حيث يتم استبعاد الحفزة الخطرة ، أو المشاعر المرتبطة بها إلى حيز اللاشعور تلافيًا للتهديد الذى تعانيه الأنا .

المكافئ السلوكى : الكف أو القمع ، ويقترب من مفهوم النسيان .

### ٢ ـ الإعلاء Sublimation

نموذج الدفاعات الناجحة ، حتى أن معظم الدفاعات التى تنجح فى أداء دورها يمكن أن تكون إعلاءاً . وفى الإعلاء تتلاشى الحفزة الأصلية لأن طاقتها تنسحب لهدف بديل . ويطلق أيضاً على هذه الآلية اسم التسامى .

### ١ ـ التثبيت Fixation

آلية دفاعية للتعامل مع الصور غير السوية من الإشباع فى المراحل المبكرة من النمو النفسجسمى ( سواء كان الإشباع مفرطاً أو نادراً محبطاً ) . حيث تتعلق بعض جوانب الشخصية ، أو الشخصية بكاملها بفترات معينة من مراحل النمو بحيث تبدو وكأنها ترفض النمو والنضج . وقد يكون التعلق بأساليب الإشباع فى المرحلة التى يحدث بها التثبيت ، أو بنموذج شخص معين له تأثير خاص فى تلك المرحلة .

### ٤ ـ النكوص Regression

آلية دفاعية للتعامل مع الضغوط الباهظة على الأنا فى مراحل متقدمة ، أيًا كان مصدر هذه الضغوط . وتتراجع الأنا ـ نتيجة لعمل هذه الآلية ـ إلى مراحل نمو سابقة ، ويكتمل عملها بالالتقاء مع نقاط التثبيت حيث يعاود الأنا الإنخراط فى الأنشطة المميزة للمرحلة التى حدث فيها التثبيت وارتد إليها الأنا .

٥ ـ الإنكار Denial

تطلق « أنا فرويد » على هذا النمط من الدفاع : ما قبل مراحل الدفاع . حيث تلجأ الأنا ببساطة إلى إنكار الجوانب الكدرة من الواقع . ووجود عمل لهذه الآلية دليل فى حد ذاته على ضعف الأنا . وكلما إزداد ضعف الأنا إتسعت المساحة التى يغطيها الإنكار حتى يغيب الواقع تماماً .

٦ ـ الإسقاط Projection

تتأسس هذه الآلية على أول حكم تصدره الأنا حيث يكون « البلع » هو أول صور التقبل ، « والبصق » أول صور الرفض . فكل ما يرفضه الأنا كجزء منه ، يسقطه . ويعمل هذا الميكانيزم البدائى على نطاق واسع عندما تكون وظيفة الأنا فى اختبار الواقع قد تدهورت بتأثير نكوص يميع من جديد الحدود الفاصلة بين الأنا واللاأنا مما ييسر من مهمة اسقاط الحفزات الخطرة أو المشاعر المستهجنة عن الأنا إلى العالم ( اللاأنا ) .

٧ ـ الاستدخال introjection

وتعرف هذه الآلية على أساس أنها نقيض للإسقاط ، حيث ترتبط بالإبتلاع ، فكل شئ سار ومقبول يستدخل . ورغم أن الإستدخال يعبر عن الحب ، إلا أنه يدمر الموضوع المحبوب من حيث هو موضوع مستقل . وعندما تتبين الأنا ذلك تتعلم استخدام الاستدخال لأغراض عدوانية . لذلك فإن آلية الإستدخال عميقة التناقض الوجدانى حيث يمكنها التعبير فى نفس اللحظة عن الحب والعدوان المسرف . ويطلق على هذه الآلية أيضًا اسم الإدماج أو الإستدماج .

٨ ـ التوحد identification

ويطلق عليه أيضًا التعيين الذاتى ، ويعد من الآليات التى تسهم فى نشأة

الأنا العليا ، ومن ثم تعين على السيطرة على الغريزة . إلا أن الأنا تستخدم هذه الآلية عادة لتحقيق أهداف تستشعر قصور إمكاناتها الخاصة عن بلوغها ، فتلجأ إلى التوحد بالشخص ـ أو القيمة المعنوية للشخص ـ الذى يمكن أن يحقق لها هذه الأهداف . وذلك من قبيل التوحد بالمرهوب أو المعتدى مما يمكن الأنا من التغلب على القلق والمخاوف التى يثيرها ذاك المعتدى . أو التوحد بالمحبوب تفادياً لمشاعر الذنب إذا كان المحبوب محارمياً مثلاً . أو التوحد بالمحسود سعياً وراء الحصول على ما يتمتع به هذا المحسود . يعرف السلوكيون هذه الآلية باسم التقمص .

**٩ ـ المحو** undoing

ينشط هذا الميكانيزم عند محاولة الأنا تدارك ما تعتبره تعبير صريح عن حفزه خطره ، ويتضمن الإتيان بأفعال أو أقوال المقصود منها إبطال مفعول الفعل المستهجن الأول . ويعتبر هذا الميكانيزم المسئول الأول عن معظم الأفعال الحوازية القهرية . وقد يصح المرادفة بين مصطلح المحو ومصطلح الإبطال .

**١٠ ـ العزل** isolation

العزل ـ كالمحو ـ يهدف إلى تدارك التعبير عن الحفزات الخطرة التى تخطت رقابة الأنا ، وإن كان ذلك من خلال قطع الوصلات بين الأفعال ذات الدلالة المستهجنة والمحتوى الإنفعالى لها . كما يمكن أن يقع العزل على فترات معينة تحمل الدلالات غير المقبولة بحيث يفصلها الشخص عن باقى سياق حياته .

**١١ ـ القلب للضد** reaction formation

غالباً ما يتم اللجوء إلى القلب للضد كنوع من التدعيم للكبت إزاء دفعات غريزية مسرفة فى الشدة ، حيث يصبح التعبير عن المكبوت باستخدام ضده أو عكسه نوع من التنفيس غير المباشر لضمان إحكام سيطرة الكبت على المكبوتات القلب للضد يسمى أيضاً التكوينات المضادة .

## ١٢ ـ الإزاحة displacement

استخدام هذه الآلية يتيح توجيه الشحنة الإنفعالية إلى موضوع بديل يسهل التعامل معه أكثر من الموضوع الأصلى ، كما يمكن نقل التأثير الذى يحدثه موضوع معين إلى موضوع آخر يسهل تجنبه . فى الحالة الأولى يسهل توجيه العدوان مثلاً إلى شخص أضعف من القوى المرهوب والمقصود أصلاً بالعدوان ، وفى الحالة الثانية تنقل المخاوف التى يثيرها موضوع أصلى إلى موضوع بديل يسهل تجنبه وبالتالى تتغلب الأنا على مشاعر القلق العارمة فى مواجهة الموضوع المرهوب الأصلى . وهذه هى الآلية التى تتنشط فى حالات المخاوف المرضية (الفوبيا) . والإزاحة تسمى أحيانًا النقل ، ويطلق السلوكيون عادة على هذه الآلية اسم الإبدال .

## ١٣ ـ التبرير Justification

هى آلية تدرأ بها الأنا مشاعر القلق من خلال التعلق بأسباب خارجة عن إرادة الشخص ، بحيث يبدو الأنا مضطراً ـ لا مختاراً ـ للإقدام على أفعال معينة لها دلالة مستهجنة .

## ١٤ ـ التعقيل rationalisation

هنا تدرأ الأنا القلق من خلال محاولة تقديم مبررات منطقية أو مقبولة أخلاقيًا لأفعال أو أحداث لها دلالة مستهجنة ، وقد تكون المبررات المنطقية أو الأسباب العقلانية تبريرًا لأفعال أو أفكار أو مشاعر ، وأحيانًا لأعراض مرضية أو أفعال قهرية أو تكوينات مضادة تستشعر الأنا القلق المشوب بالحيرة أمام لامعقوليتها .

# الفصل الرابع

# الإرشاد والعلاج النفسى

- الهيكل العام للعلاجات النفسية
- المدارس الأساسية فى العلاج النفسى

علم الصحة النفسية « هو ذلك الفرع التطبيقى من علم النفس الذى يهتم بتحقيق هدف عام هو المحافظة على الصحة النفسية للأفراد والارتقاء بها إلى أقصى حد ممكن ، ويتضمن ذلك اتخاذ كل الإجراءات التى تؤدى إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية والعقلية ، وإلى علاجها إن وجدت ، وإلى تحسين التوافق النفسي للأفراد وتحسين مقدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية سوية ومشبعة » .

بهذا يتضح أن العلاج النفسى هو أحد أهم المهام التى يتصدى لها علم الصحة النفسية ، جنباً إلى جنب مع المهام الإنمائية والوقائية . والحقيقة أن العلاج النفسى بوصفه أداة لتحقيق مجموعة من أهداف الصحة النفسية يصبح بمثابة انعكاس مباشر للأطر النظرية التى تتحدد فى ضوئها معالم هذا الفرع من العلم .

وقبل التعرض لتفاصيل طبيعة الإرشاد والعلاج النفسى ، يحسن إلقاء الضوء على مصطلحى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى بداية لتحديد مدى إمكانية استخدام أحدهما كمرادف للآخر . فقد بذلت محاولات عديدة للتعرف على أوجه التشابه والاتفاق ، وأوجه الاختلاف بين المصطلحين . وفى حين يستخدم البعض المصطلحين كمترادفين ( أمثال كورى Corey ، ونيلسون جونز - Nelson Jones) ، فهناك من يفضل التأكيد على أوجه الاختلاف رغم الأرضية المشتركة التى تجمعهما ( مثل الدكتور حامد زهران ) .

ويمكن القول بأن الخلفية الأكاديمية للقائم بعملية الإرشاد النفسى أو العلاج النفسى كانت ـ لفترة طويلة ـ هى أوضح نقاط الاختلاف المميزة بين المفهومين ، فقد كان من المتعارف عليه أن المعالج النفسى هو شخص حصل على تأهيل طبى خاص فى ذلك الفرع المعروف باسم الطب النفسى ، وأن هذا التأهيل تضمن دراسات خاصة فى علم النفس المرضى وعلم النفس الكلينيكى ، مع إلمام بنظريات علم النفس الأساسية وبعض الجوانب التطبيقية كأساليب المقابلة النفسية . أما المرشد النفسى فلا يشترط أن يكون حاصلاً على مؤهل أكاديمى فى الطب ، وإن كان من الأساسى بالنسبة له الحصول على مؤهلات متخصصة فى علم النفس الكلينيكى ونظريات الإرشاد النفسى والطرق والأساليب والفنيات المستخدمة فى عملية الإرشاد النفسى بالإضافة إلى قدر ملائم من الخبرة العملية .

إلا أنه فى الوقت الحالى ، لم تعد البرامج المقدمة للتدريب على ممارسة العلاج النفسى مقصورة على خريجى كليات الطب وإنما انضم إليهم خريجو العديد من التخصصات ذات العلاقة بمهنة الإرشاد والعلاج النفسى .

وفيما يبدو فى الوقت الراهن أن معظم الإختلافات المعروفة بين الإرشاد والعلاج النفسى ، أصبح من الممكن التهوين من تأثيرها . فطالما اعتبر العلاج النفسى عملية خاصة بالمرضى النفسيين والعقليين وبحالات الاضطراب النفسى العميق ، فى حين اعتبر الإرشاد النفسى أكثر قربًا من حالات اللاسوية الهينة . إلا أن الدراسات الحديثة تشير إلى وجود ما يمكن اعتباره اقتحامًا من جانب الأنشطة الإرشادية لمجالات المشكلات النفسية الأكثر خطورة ، حيث طورت العديد من برامج الإرشاد النفسى - على سبيل المثال - للتعامل مع اضطرابات نفسية عصابية ، وذهانية أحيانًا . كما أن المشكلات المرضية التى يتعامل معها المعالجون النفسيون تتراوح ما بين الشكاوى الهينة وأقسى أنواع المعاناة النفسية .

كما أن الإدعاء بأن الإرشاد النفسى محوره العميل أو المسترشد، فى حين أن المعالج النفسى هو محور العملية العلاجية ، أصبح من السهل دحضه ، خاصة مع انتشار العلاجات إنسانية التوجه التى تؤكد على أن العلاقة الإرشادية أو العلاجية يجب أن تكون علاقة مشاركة إنسانية بين أنداد تتحقق فى سياقها الأهداف العلاجية ويخرج منها الطرفان ( المريض والمعالج أيضًا ) بمكاسب على المستوى النفسى والإنسانى بصفة عامة .

الفارق الوحيد الذى مازال من الممكن الدفاع عنه هو الذى يتعلق بالمبادرة أو المبادأة لاستهلال العلاج النفسى أو الإرشاد النفسى . ففى حين لا يقدم المعالج النفسى خدماته العلاجية إلا لمن يطلبها طوعًا ، فإن المرشد النفسى - خاصة فى بعض المواقع كالمؤسسات التعليمية - يسعى إلى العميل ويحاول إقناعه بجدوى الدخول فى تجربة الإرشاد النفسى . وبالرغم من أن هذه هى حقيقة الأمور ، إلا أن هذا الاختلاف لا ينعكس على طبيعة الخدمة المقدمة ذاتها . ففى النهاية نجد أن «الإرشاد النفسى والعلاج النفسى كليهما يقومان على التطبيق المقنن والمخطط

لفنيات مشتقة من بيانات علمية أنتجتها دراسات علم النفس ، وأن كليهما يوظف نفس النماذج النظرية ، ويهتم بقيمة العميل كشخص ، يستحق الإصغاء إليه بتعاطف وتفهم ، ويدعم قدرات هذا الشخص على مساعدة ذاته وتحمل مسئولياته .

(Nelson - Jones, 1982, p. 3) وهذا هو ما أدى بالعديد من المتخصصين فى مجال الصحة النفسية إلى استخدام المصطلحين للتعبير عن نفس المعنى ، وإلى الاعتقاد بأنه لا توجد فروق أساسية يمكن أن يتفق عليها .

## الهيكل العام للعلاجات النفسية :

لا تقتصر العملية العلاجية على تطبيق الفنيات فى سياق الجلسات العلاجية الفردية ، أو الجماعية . فالجلسة العلاجية هى تتويج لجهود نظرية سابقة لا يمكن فصلها عن الجوانب العملية المعروفة . بعبارة أخرى ، العلاج النفسى ليس مجرد «عملية» ، وإنما هو بناء متكامل يمهد فيه البحث النظرى والدراسات الاستطلاعية لوضع الخطط والاستراتيجيات ، واشتقاق الفنيات والأساليب المستخدمة لتحقيق الأهداف العلاجية . وكل الاتجاهات العلاجية على اختلاف أطرها النظرية لابد وأن تستند إلى بناء مكتمل ، أو هيكل عام تنتظم فيه الأسس النظرية والتطبيقات العلاجية على نحو ييسر الاستفادة الفعلية منها سواء فى مجالات البحث والدراسة ، أو مجالات الخدمة الفعلية فى جلسات العلاج والإرشاد النفسى .

ويتكون الهيكل العام لكل اتجاه علاجى من العناصر الأساسية التالية :

١ ـ الأساس الفلسفى وتصور طبيعة الإنسان .

٢ ـ الأهداف العلاجية .

٣ ـ أساليب جمع البيانات والتشخيص النفسى .

٤ ـ العلاقة العلاجية .

٥ ـ الفنيات العلاجية .

## أولاً : الأساس الفلسفى وتصور طبيعة الإنسان :

فالعلاج النفسى يستند أساسًا إلى تصور خاص عن الطبيعة الإنسانية والكيفية التى تقوم بها الشخصية بأداء وظائفها النفسية ، والشروط المثلى التى تؤدى إلى تكامل الشخصية وسويتها ، وأيضًا المعوقات التى قد تعترض تكامل الشخصية وتؤدى إلى المظاهر اللاسوية المختلفة . وهذا التصور عن الطبيعة الإنسانية فى سويتها ومرضها تحكمه اعتبارات فلسفية ، أو وجهات نظر ينطلق منها الباحث كمسلمات . وبطبيعة الحال فإن لكل توجه نظرى مسلماته الخاصة التى تصبغ الجوانب النظرية والعملية للتوجه بكامله . فعلى سبيل المثال ، ينطلق التحليل النفسى من مسلمات تتعلق بجوهرية تأثير الغريزة ومطالبها على الإنسان منذ الطفولة الباكرة ، وبالتأكيد على قانون الحتمية النفسية ، وبارتباط استعادة السوية بالقدرة على كشف الضغوط اللاشعورية التى تسلب الإنسان حريته وتغلف بصيرته . أما السلوكية فأهم مسلماتها هى التأكيد على مبدأ الحتمية النفسية أيضًا ولكن فى ضوء نظريات التعلم . وتنطلق الاتجاهات الإنسانية من مسلمات تؤكد ـ فى تحدٍ للقوتين الأخريين فى علم النفس ـ على مبدأ حرية الإرادة الإنسانية ، وعلى أهمية الوعى والإيجابية وتحقق الذات ... وهكذا .

## ثانيًا : الأهداف العلاجية :

بناءً على طبيعة الأساس الفلسفى النظرى وتصور طبيعة الإنسان تتحدد الاستراتيجيات العلاجية والأهداف الإجرائية لكل توجه علاجى . ففى حين يهتم التحليل النفسى بالكشف عن المضمون النفسى الكامن من خلال تحليل المضامين الظاهرة فى صورة أعراض أو نواتج عمليات نفسية ، وتهتم السلوكية بهدم مخرجات عمليات التعلم غير المرغوب فيها ( إطفاءها ) وإعادة بناء عادات بديلة من خلال إعادة التعلم . أما العلاجات الإنسانية فتتخطى استراتيجيتها مجرد الشفاء الذى يتضمن التكيف السلبى للواقع إلى السعى لتحقيق الإمكانات الإنسانية حتى وإن اقتضى ذلك تحمل قدر من المعاناة ومعايشة درجة من الاضطراب .

## ثالثًا : تشخيص المشكلات وأساليب جمع البيانات :-

في حين تكتفى المدارس ذات التوجه السلوكى بالبحث فى المشكلات الحالية والاقتصار على ما هو موجود هنا والآن ، فإن المدارس ذات التوجه التحليلى تهتم بالتراكمات التى تطورت المشكلات النفسية فى سياقها وتعتبر الجوانب النشوئية التاريخية ذات قيمة تشخيصية أعلى من المظاهر الحالية . أما معظم الاتجاهات الإنسانية فتعتمد على أساليب دراسة فينومينولوچية تكشف عن الشخصية فى وحدتها وصياغتها الكلية ، وأقرب الأمثلة لهذا الاتجاه العلاج الجشطالتى ، حيث تعتبر الشخصية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة العلاجية وحدة كلية تاريخية وحالية لا يمكن فهمها إلا من خلال سياق تاريخى يضع فى الاعتبار قوى الماضى والحاضر والمستقبل أيضاً .

## رابعًا : العلاقة العلاجية :-

بالرغم من اتفاق معظم المدارس العلاجية على أهمية العلاقة العلاجية وتأثيرها على العملية العلاجية ككل إلا أن استثمار طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض تختلف من مدرسة علاجية لأخرى . فالتحليل النفسى يؤمن بأهمية هذه العلاقة من حيث هى انعكاس لأكثر علاقات المريض حميمية فى تاريخه ، وأن تحليل طبيعة هذه العلاقة يكشف عن العديد من مشكلات المريض الماضية وتأثيرها على تكون مرضه أعراضه . ومع ذلك يحتفظ المحلل النفسى عادة للعلاقة العلاجية بطابع يغلب عليه الفتور ضماناً لحياديته كشخص . أما فى العلاج السلوكى فيكون المعالج أكثر فاعلية وتوجيهيه ، فيقوم بدور المعلم أو المدرب الذى يساعد العميل بشكل مباشر على تعلم سلوك أكثر فاعلية ( جير الدكورى ، ١٩٨٥ ، ص ٣٤٦ ) . إلا أن العلاقة العلاجية فى السلوكية تصطبغ بالطابع المهنى ، وتعد أولى الخطوات الإجرائية التى تضمن أكبر قدر من تعاون العميل فيما بعد . وعند التطبيق العملى تحتل الإجراءات العلاجية الصدارة فى حين تتراجع العلاقة بين المعالج والعميل لتصبح خلفية باهتة فى جلسات العلاج النفسى . أما بالنسبة للاتجاه الإنسانى فتحتل العلاقة العلاجية مكانة خاصة ، حتى أن بعض المعالجين

الإنسانيين يؤكدون أن العلاقة العلاجية هى التى تحقق الشفاء . كما يرون أن الشخص المريض نفسيًا هو ذلك الذى لم يتمكن إطلاقًا من تكوين علاقات إنسانية ناجحة مع الآخرين . لذلك يسعى المعالجون الإنسانيون إلى تكوين علاقة إنسانية يتحول فى سياقها مبدأ فلسفى ( هو الإلتقاء الإنسانى ) ليصبح واقعًا حيًا يعيشه المعالج والمريض إلتقاءًا بين إنسان وإنسان يتغير فيه كلاهما (May, 1993, p. 122).

## خامسًا : الفنيات العلاجية :-

فى النهاية يترجم كل توجه علاجى آرائه وقناعاته النظرية فى صورة إجراءات عملية تتحقق باستخدامها الأهداف العلاجية . وتتفاوت أهمية الفنيات العلاجية من مدرسة لأخرى . فإذ تكون الفنيات العلاجية هى محور العملية العلاجية ككل فى الاتجاه السلوكى ، فإنها تتراجع إلى ذيل قائمة الاهتمامات فى التيار الإنسانى . ولكنها تحظى بمكانة خاصة فى التحليل ، حيث تعتبر الفنيات التحليلية أداة المحلل النفسى فى التشخيص والعلاج على حدٍ سواء .

* * *

تلك كانت أهم العناصر التى يتكون منها البناء الذى يحدد الصورة التى يكون عليها العلاج النفسى والتى يصبح فى ضوئها أداة قابلة للتطبيق الفعلى لدى المعالجين النفسيين كل حسب توجهه . وبقى إلقاء الضوء على الهيكل العام للعلاج النفسى فى صوره المختلفة لدى مدارس علم النفس المعاصر .

## المدارس الأساسية فى العلاج النفسى

### ( أ ) العلاج بالتحليل النفسى :-

ترتبط نشأة المرض النفسى من وجهة نظر التحليل النفسى أساسًا بالصراع المحتدم بين قوى وضغوط الرغبات اللبيدية ( التى تنتمى إلى الهى بمشتقاته ) وقوى الدفاع ( التى تنتمى إلى الأنا فى ظل رقابة كل من الواقع والأنا الأعلى ) وهذا الصراع الذى يظل متأججًا لا يبلغ إلى إرضاء كاف لأى من القوى المتصارعة ويظل يعبر عن نفسه بصورة محرفة تخفى أصوله اللاشعورية .

أى أن المرض النفسى باختصار يقوم على الصراع الذى لا يبلغ الحل فى صورة من التحريف لا تتيح للمريض الاطلاع الواعى على المضمون الحقيقى لمرضه وبالتالى تحرمه من فرص الوصول إلى حل شاف .

لهذا يهدف التحليل النفسى إلى العمل على حل الصراعات المعلقة والبلوغ بالمريض إلى درجة من الاستبصار بأسباب مرضه كى يتمكن من التحرر من تأثيرها، ولتحقيق أهداف التحليل النفسى العلاجية يمارس المحلل النفسى فنيتين أساسيتين هما :

( أ ) القاعدة الأساسية : التداعى الطليق .

(ب) الطرح .

أما عن القاعدة الأساسية فتقضى بأن على المريض أن يفضى إلى المحلل بكل ما يجول بخاطره دون حذف أو انتقاء أو حتى تريث ، بل يجب أن يدع خواطره تنساب بتلقائية كاملة ، والتحليل النفسى يستند فى ذلك إلى الفكرة التى مؤادها أن كل ما يتفوه به المريض له معنى وذلالة فلا مكان هنا للصدفة (مبدأ الحتمية) . بهذه الطريقة يمكن أن يكشف المريض عن خبايا أفكاره ويعرض صورة لم يدخل عليها أى تعديلات ( قد ترجع لقوى المقاومة والدفاع ) لاعماقه التى تتضمن محتويات ذات طبيعة لا شعورية فى الغالب ، ومع تأويل وتفسير المادة التى يعرضها المريض يمكن أن يصل مع المحلل إلى الاستبصار بصراعاته اللاشعورية ودوافعه

الكامنة وأسباب مرضه الحقيقية وهذا هو الجانب العقلى المعرفى للعلاج بالتحليل النفسى .

أما الجانب العاطفى الانفعالى فيتم التعامل معه من خلال علاقة الطرح بين المريض والمحلل . فالمريض يتجه عادة نحو المحلل بمشاعر تعكس أبكر ذكرياته الانفعالية التى يعجز عن تذكرها والتى يكون لها علاقة بتكون مرضه . فإذا كان تاريخ المريض يحوى انفعالات كراهية مسرفة تجاه الأب - مثلا - أدت إلى تعقيدات وفشل فى تصفية المركب الأوديبى ، فإن المريض يطرح نفس مشاعر الكراهية على المحلل . ونظراً لحيادية المحلل فإنه يسهل اكتشاف أصول هذه المشاعر السلبية التى يعيشها المريض من جديد ، فهى إحياء لمشاعر الماضى وذكرياته الأليمة بما يتيح للمريض أن يتعامل معها - فى ظل تقبل المحلل ومعاونته الصادقة بالصورة التى تمكنه من تعديلها وتصنيفها بأساليب أكثر نضجاً .

وهكذا يتحتم على المحلل النفسى أن يغوص إلى أعمق أعماق المريض ويستعرض تاريخه منذ أبكر مراحله كى يتمكن من كشف طبيعة صراعاته ودوافعه والكيفية التى طور بها مرضه وأعراضه ، وأنواع الآليات الدفاعية التى يستخدمها ... إلخ ، ودون سلوك هذا الطريق الوعر الطويل لا يتمكن المحلل من البلوغ بمريضه إلى الشفاء ، ولكنه يفخر فى النهاية بأنه حقق للمريض شفاءاً حقيقياً أجتث جذور المرض ولم يتوقف عند أعراضه السطحية .

**(ب) العلاج السلوكى :**

يأخذ السلوكيون على التحليل النفسى طول فترة العلاج التى قد تستغرق سنوات عديدة قبل أن يحقق المريض أى تحسن ملحوظ ، ومن وجهة نظرهم أن طول فترة العلاج بالتحليل النفسى إنما هى مضيعة للوقت وتعذيب للمريض الذى يمكن مساعدته بأساليب أكثر بساطة تأتى بنتائج سريعة . ويرجع هذا بالطبع إلى عدم إيمانهم بمعظم مفاهيم التحليل النفسى كاللاشعور والدوافع الكامنة والرغبات المكبوتة ... إلخ . فالمرض النفسى لديهم هو الأعراض التى يظهرها المريض ، ولا يهم بعد ذلك إذا كانت أسباب المرض تقبع فى الماضى القريب أو السحيق . والتخلص من الأعراض هو بلوغ الشفاء بالنسبة لهم، فهو الهدف العلاجى الوحيد.

وبناء على النظرية السلوكية فى علم النفس المرضى ، فإن السلوك المرضى يكتسب من خلال عملية تعلم شرطى ( سواء كان كلاسيكيًا أو إجرائيًا ) . وأن الشفاء أو التخلص من هذه المسالك أو العادات المرضية يمكن أن يحدث من خلال مساعدة المريض للوصول بأعراضه إلى الانطفاء ، ويتم هذا باتباع أسلوبين أساسيين : أولهما : هو تدعيم أو تعزيز السلوك المناقض لسلوك المريض ، أو ما يعرف باسم مجموعة الفنيات القائمة على أساس الترغيب .

وثانيهما : هو التعامل مع المسالك المرضية مباشرة بحيث تحرم من الظروف التى تدعمها وتقابل بظروف أخرى منفرة مما يساعد على إنطفائها ، وهو ما يعرف باسم مجموعة الفنيات القائمة على أساس الترهيب ( حسام الدين عزب ، ١٩٨١، ص ٨٣ ) وعلى أى حال فإن كلا النوعين يهدف إلى القضاء على أعراض المرض، دون تقصى لأسباب ظهورها . فهى فنيات تعتمد على ما يشبه التدريبات أو التمارين النفسية التى يقوم بها المريض تحت إشراف وتوجيه المعالج السلوكى . ومن أمثلة فنيات المجموعة الأولى ( الترغيب ) فنيات الكف بالنقيض التى تستخدم عادة مع مرضى المخاوف المرضية ( الفوبيا ). وتهدف إلى إضعاف الارتباط بين مثيرات معينة ومشاعر القلق الشديدة التى تنتاب المريض عند مواجهته بهذه المثيرات . وذلك من خلال تدريبه على استحضار حالة من الاسترخاء (نقيض القلق) ومواجهة المثير الموهوب والإبقاء فى نفس الوقت على حالة الاسترخاء وتجنب القلق ، ومع استمرار هذا التدريب تنطفيء استجابة القلق المرضية حتى مع وجود المثير المرهوب .

ومن أوضح أمثلة فنيات الكف بالنقيض فنية تسمى بالتحصين التدريجى وتقتضى أن يدون المريض موضوعات مخاوفه مرتبة تصاعديًا بحيث يبدأ بأقل الموضوعات إثارة للقلق ويتدرج حتى يصل إلى أكثر الموضوعات إثارة لقلقه ومخاوفه المرضية . ثم يبدأ المعالج السلوكى فى تدريب المريض ـ من خلال توجيهات مطمئنة وباعثة على الاسترخاء ـ كى يحتفظ بحالة ثابتة نسبيًا من الاطمئنان والاسترخاء . ويبدأ بعد ذلك باستعراض المثيرات المرهوبة بدءًا بأهونها

حتى يألفها المريض دون أن يفقد حالة الاسترخاء فينتقل إلى المثيرات الأشد .. وهكذا حتى يستطيع أن يواجه المريض أكثر موضوعاته إثارة للرهبة دون أن يستشعر القلق أو الخوف وبهذا تنطفىء الاستجابة المرضية ويتم التخلص من الأعراض .

أما مجموعة فنيات العلاج بالترهيب ، فمن أمثلتها فنيات العلاج التنفيرى الذى يعتمد على إحداث ارتباط بين الاستجابة المرضية التى يريد المريض التخلص منها كالإدمان مثلاً وبين مثير منفر ، كأن يتعاطى مدمن الكحوليات قليل من مادة إدمانه ثم يتناول مادة مقيئة فيقترن تعاطى الكحوليات باستجابة الاشمئزاز التى يثيرها المقيء ، ويتخلص المدمن من إدمانه بهذه الطريقة . وهناك أيضًا مثال آخر لفنيات العلاج بالترهيب ، وهى فنية الغمر ، وتستخدم أيضًا لعلاج المخاوف المرضية ، وتعتمد على مواجهة المريض بموضوع مخاوفه ولكن على أعلى مستوى من الشدة ـ عكس التحصين التدريجى ـ ومع تواجد حالة القلق أيضًا ، وذلك لفترة طويلة حتى ينتهى الأمر بإطفاء استجابة القلق .

من هذا يتضح أن الهدف العلاجى الرئيسى فى العلاج السلوكى يتركز حول تدريب المريض على أساليب يتخلص بها من أعراضه الظاهرة ، وذلك فى تجنب شبه كامل للدلالات التى تنطوى عليها أعراضه . وبرغم أن بعض الاتجاهات الحديثة فى العلاج السلوكى وجهت انتباهها نحو بعض الدلالات الكامنة وراء الصورة الظاهرة للأعراض وذلك فى محاولة للتعامل مع الأسباب الحقيقية للسلوك المرضى ( كما هو الحال مع فنية التفجر الداخلى ) إلا أن السواد الأعظم من ممارسى العلاج السلوكى يفضلون التعامل مع الأعراض ويكتفون بنتيجة التخلص من هذه الأعراض ويعتبرون هذا هو الشفاء المطلوب . وبرغم أن حالات الانتكاسات فى الأفراد الذين تلقوا علاجًا سلوكيًا تفوق بصورة كبيرة تلك التى تحدث مع الأفراد الذين تلقوا علاجًا بالتحليل النفسى ، إلا أن قصر مدة العلاج السلوكى وانخفاض تكاليفه وبساطته مازالت من أهم أسباب نجاحه وانتشاره .

### (جـ) العلاج النفسي في التيار الإنساني :-

يعتمد كل من التحليل النفسي والسلوكية على أساس نظرى راسخ لاشتقاق أساليب وطرق التعامل مع الأمراض النفسية ، فالعلاج النفسى لديهما واضح المعالم وله فنيات واضحة ومحددة بدقة استناداً إلى وجهة نظر كل منهما فى علم النفس المرضى . أما الوضع بالنسبة للتيار الإنسانى فإنه يختلف اختلافاً جذرياً ، فبرغم وجود وجهة نظر تختص بعلم النفس المرضى ، والكيفية التى تنشأ بها الأمراض النفسية ، إلا أن البداية هنا لا تكون من النظرية ، وإنما من الإنسان ، وهذا يعنى أن المعالج الإنسانى يحاول ألا يتأثر بخلفيته النظرية عند مواجهة المريض . وإنما يتعامل معه ـ وفقاً للمنهج الفينومينولوجى ـ كحالة متفردة لا تتشابه مع حالات درست وعولجت من قبل . هذا التحرر من الخلفية النظرية يعطى للمعالج فرصة لتحقيق تواصل حقيقى مع المريض لا بوصفه مجرد مريض ، وإنما بوصفه إنسان يدخل معه فى علاقة مباشرة .

وهذا بدوره يعطى للمعالج والمريض فى نفس الوقت فرصة للتعرف على حقيقة المشكلة الخاصة التى يعانى منها هذا الإنسان بالذات فى هذه المرحلة من حياته ، والتعرف على الكيفية التى شكل بها هذا الإنسان حياته والأساليب التى حاول بها أن يحقق ذاته ويتحمل مسئولياته المرتبطة بحريته . وإلى أى مدى نجح أو فشل فى هذا .

ولا يعنى هذا عدم الاهتمام بالأساس النظرى فى التيار الإنسانى ، ولكنه يأتى فى الأهمية بعد هدف تحقيق التواصل الإنسانى بين المعالج والمريض هذا التواصل التى يتضمن معانى المكاشفة والتقبل غير المشروط . كل هذا فى سياق خطوط عريضة تفرضها وجهة النظر الإنسانية ، أهم ما يميزها الحرية والمسئولية ـ حرية الإنسان فى اختيار الوجهة التى تمضى فيها حياته ومسئولياته المترتبة على هذا الاختيار .

وتعد المدرسة الوجودية فى العلاج النفسى من أشهر المدارس التى تنتمى إلى التيار الإنسانى . والعلاج الوجودى له استراتيجية عامة تتخطى مجرد الشفاء الذى

تهدف له السلوكية أو التحليل النفسى ، فليس الهدف هو التخلص من الأعراض أو فض الصـراعـات وكـشف المكبـوتات . ورغم أن التـخلص من الأعـراض وفض الصراعات يتحقق فى سياق العلاج الوجودى الذى يكشف ضمن ما يكشف عن سلبيات المريض ، إلا أن الهـدف الأهم هنا هو اكتشاف الإيجابيات التى يمكن استثمارها لصالح تحقيق الذات الإنسانية ، حتى وإن اقتضى ذلك تحمل قدر من القلق والمعاناة . فالقلق ومشاعر الذنب الذى يهدف العلاج النفسى ـ فى صوره التقليدية ـ إلى التخلص منهما . يعتبران من المشاعر الطبيعية التى تشكل دافعًا للإنسـان كى يرفض واقعه إذا لم يكن على المستوى الذى تؤهله له إمكانيـاته ( مشاعر الذنب ) ، وكى يسعى رغم الصعوبات ليغير هذا الواقع .

أما الأساليب العلاجية أو الفنيات ، فيتم اختيارها بما يلائم كل حالة . ويرجع ذلك إلى أن المعالج الوجـودى لا يقحم خلفـياته النظرية وأساليبه المحددة بشكل مسبق على علاقته بالمريض . وإنما ينتظر بعد أن يرسى قواعد العلاقة العـلاجية ليفـهم ـ مع مريضه ـ الواقع الذى يعيشه هذا المريض ويحدد معه الأهداف التى ينبغى أن يسعى لها ليغير من هذا الواقع ، فيتضح تلقائيًا الأسلوب الملائم لإحداث هذا التغير . فقد يستعير المعالج فنيات أسلوب علاجى آخر ، أو يعتمد على فنيات مشتقة من وجهة النظر الإنسانية ، أو حتى يبتكر فنيات خاصة تلائم حالة هذا المريض بالذات فى هذه المرحلة بالذات من تطور حياته كإنسان صاحب مشكلة .

أن العـلاج الوجـودى ـ شأنه فى ذلك شأن معظم مدارس التيـار الإنسـانى ـ انتقائى الطراز ، بمعنى أنه لا يتقيد بقوالب جامدة ، وإنما يسعى أولاً لفهم الإنسان ثم اختيار الأسلوب الملائم له كى يتحرر من مرضه الذى يشكل عقبة فى سبيل أفضل تحقيق الذات ، وهو ما تعتبره المدرسة الإنسانية نموذج السوية الأمثل الذى يجب أن يسعى لتحقيقه أى علاج نفسى .

# الفصل الخامس

## الصحة النفسية والتربية

- التوجيه التربوى
- الإرشاد النفسى

## علم النفس والتربية :

يمتد تاريخ العلاقة الوثيقة بين التربية وعلم النفس إلى البدايات الأولى لظهورعلم النفس كعلم وليد ينفصل ـ شأنه فى ذلك شأن سائر العلوم ـ عن المصدر الأم ، وهو الفلسفة .

فالتربية ـ بوصفها أداة المجتمع فى نقل أسس حضارته إلى الأجيال الجديدة ـ كانت أسبق ظهوراً ، واحتلت مكانها ضمن العلوم الحديثة قبل أن تتضح معالم علم النفس كما نعرفه اليوم . إلا أن غلبة مفاهيم التعليم وتحصيل المعارف عن طرائق التربية لم تبدأ فى التحول والتطور إلا بعد الالتقاء بمبادىء علم النفس ، حيث أصبح التعلم والتحصيل بعض من مكونات التربية التى تنوعت لتشمل كافة جوانب شخصية الإنسان ، وليس قدراته العقلية وحسب .

فقد حاول روسو فى البداية استبدال الأسلوب الميكانيكى الجامد لغرس المعلومات فى ذهن الطفل ، وتبعه إلى ذلك بستالوتزى ثم فروبيل حيث بدأ الاهتمام يتجه إلى استثارة الاستجابات الطبيعية لدى الطفل ، من حب الاستطلاع والتأمل فى الطبيعة وبناء الأفكار والآراء الخاصة بدلاً من استقبالها سلبياً . « وبعد ذلك بفترة ربط هربارت بشكل حاسم بين علم النفس والتربية وحاول خلق اتساق واضح بين الممارسة التربوية والقواعد السيكولوچية التى وضعها ، بحيث بدا أن التربية ستصبح على نحو مبشر بالخير ، المجال الأول لعلم النفس التطبيقى » ( كارل فلوجل ، ترجمة لطفى فطيم ، ١٩٧٩ ص ١٤ ) . فعملية التعلم لا تعتمد فقط على طبيعة المعلومات كمًا وكيفًا ، ولكن أيضًا على قدرات المستقبل ودرجة نضجه، بالإضافة إلى ميوله واتجاهاته ، وهذه جوانب أمد بها علم النفس علماء التربية والقائمين عليها .

إن العملية التربوية عملية شاملة متكاملة ، لا تقتصرعلى تقديم المعلومات والمعارف التى تتراكم فى عقول المتعلمين ، وإنما تمتد آثارها لتشمل كافة جوانب شخصية الطفل النامى الذى يصبح مراهقًا ، ثم شاباً . لذلك يجب تهيئة كافة أركان العملية التربوية بما يؤدى إلى نجاحها فى تحقيق تلك الأهداف الشاملة .

والمعروف أن أركان العملية التربوية هى : المعلم ، والمتعلم ، والمحتوى التعليمى. وعلم النفس بفروعه المختلفة يسهم فى تهيئة كافة أركان العملية التربوية .

فبالنسبة للمتلقى ، أو المتعلم ، فقد تناولت دراسات النمو الخصائص السيكولوچية للمتعلم فى مختلف مراحل نموه وتطوره بما يمكن معه تحديد متطلبات كل مرحلة تعليميًا وقدرات كل مرحلة على الاستيعاب والفهم . وهذا بدوره ينعكس على المحتوى التعليمى أو المناهج وكيفية تصميمها وإعدادها بما يتناسب مع كل مرحلة سنية بما لها من خصائص مميزة .

كما اهتم فرع علم النفس التربوى بتفصيلات عملية التعلم كعملية نفسية معقدة تعتمد على توفر العديد من الشروط المؤدية لنجاحها سواء فيما يتعلق بالمعلم أو المتعلم أو المحتوى والمضمون أو طرق التدريس وأساليب التربية . أما بالنسبة للدراسات الخاصة بالصحة النفسية فقد أبرزت أهمية العوامل النفسية لدى المتعلم بوصفها من شروط نجاح العملية التربوية ، وذلك من قبيل مستوى الصحة النفسية ومستوى الدافعية لدى الفرد ، ومستوى الذكاء ، بالإضافة إلى غياب المعوقات النفسية التى من شأنها الانتقاص من قدرة الفرد على الاستفادة من المحتوى التربوى أو إعاقة العلاقة بين المعلم والمتعلم والتى هى بدورها من شروط نجاح العملية التربوية .

وإعداد المعلم لأداء دوره فى تلك المنظومة يتطلب الاهتمام بتأهيله نفسيًا بنفس القدر الذى ينصرف به الاهتمام إلى تأهيل المعلم أكاديميًا . فالمعلم يلعب دوراً هامًا وأساسيًا يؤثر إلى حد كبير على المدى الذى تتحقق به الأهداف التربوية ، لذلك كان من الواجب أن يصبح المعلم على أعلى درجة من الكفاءة التى تتطلبها المهمة التى يتصدى لتنفيذها . والكفاءة هنا تعنى – إلى جانب التمكن من المادة العلمية التى يقوم بتدريسها – أن يتميز المعلم بصفات وخصائص شخصية ومهارات لا يمكن أن يكتمل دوره دون توافرها .

وهكذا يتضح أن الدراسات النفسية تعد بمثابة أساس من الأسس الهامة التى تقوم عليها العملية التربوية سواء فى طور الإعداد أو أثناء الممارسة الفعلية ، ودلك

على نحو يتصل بكافة أركان المنظومة التربوية .

## التربية والصحة النفسية :

يستهل الإنسان حياته كطفل وليد بزاد فطرى يتكون أساسًا من خصائصه الوراثية وقدراته الكامنة واستعداداته ، وهى عناصر تشكل فى مجملها نواة لشخصية الإنسان فيما بعد ، أو ـ على حد تعبير سارتر ـ المشروع الذى لم يكتمل بعد . والحقيقة أن هذا المشروع لا يكتمل أبدًا ، ومازالت هذه هى وجهة نظر سارتر ، فالإنسان يظل طوال حياته من بدايتها إلى آخر لحظاتها قابلاً للتغير والتطور فى تفاعله بمجريات حياته مؤثرًا فيها ومتأثرًا بها .

والخبرات التى يتعرض لها الإنسان على مدار مراحل حياته وأطوار نموه تسهم فى تشكيل شخصيته وتؤثر على تطوره وتكوينه النفسى . تلك الخبرات قد تكون قصدية فى بعض الحالات ، بمعنى أنها تكون مهيأة سلفًا لكى تحدث تغيرات مقصودة فى اتجاهات معينة مطلوبة ، من قبيل الخبرات التى تهيئها الأسرة ـ فى سياق عملية التنشئة الاجتماعية ـ كى تؤثر فى التكوين الاجتماعى لشخصية الطفل فى اتجاه محدد ، ومحتوى العملية التربوية أيضًا يعتبر بمثابة نسق ضخم وشامل من الخبرات التى يتعرض لها الإنسان بطريقة مقصودة ومقننة كى تتطور شخصيته ككل على أفضل نحو بما يحقق أهداف المجتمع وطموحات الفرد .

الخبرات التربوية إذن ـ تهدف إلى توفير الشروط المهيئة لأفضل نمو وتطور فى شخصية المتعلم بمختلف جوانبها العقلية والاجتماعية والنفسية . وهذا يعنى أن المعلومات المضافة إلى البناء المعرفى لدى المتعلم يجب أن تؤثر على بناء شخصيته كإنسان سوى فعال وإيجابى ، محقق لذاته وطموحاته الشخصية ، مفيد لمجتمعه . فإذا اقتصر تأثير الخبرات التربوية على جانب واحد من جوانب شخصية الفرد ـ كالبناء العقلى المعرفى ـ وحسب ، لأنتجت العملية التعليمية أفرادًا تنقصهم خصائص عديدة على المستوى الشخصى والاجتماعى بما ينعكس سلبًا على أدائهم وفاعليتهم فيما بعد ، بالإضافة إلى افتقارهم إلى مقومات الشخصية السوية المتوازنة .

إن الصحة النفسية والتوافق النفسى للمتعلمين يعدان من أهم أهداف التربية الحديثة ، لذلك كان من الضرورى عند تصميم البرامج التربوية مراعاة أسس ومبادىء الصحة النفسية بما يضمن ملاءمة هذه البرامج للمتعلمين على اختلاف خصائصهم وميولهم وقدراتهم ، وبما يضمن إقبالهم على التعلم بأعلى قدر من الرضا والدافعية . بالإضافة إلى أن هذا يوفر مناخًا أفضل يتمكن فيه المعلم من تحقيق أفضل اتصال بينه وبين طلابه بما يكشف له على أفضل نحو خصائصهم النفسية وإمكاناتهم وقدراتهم واستعدادتهم ، وذلك عملاً على ابتكار أفضل الأساليب لدعم نموهم فى الاتجاه الصحيح ، وتفادى المشكلات التى تعوق نموهم وتقلل من فرصهم فى تحقيق أفضل مستوى من الصحة النفسية .

## طبيعة الدور التربوى للمعلم :

مما تقدم ، يتضح لنا أن دور المعلم يتجاوز مجرد كونه ناقل للمعلومات والمعارف إلى كونه مربى يمتد تأثيره إلى شخصية طلابه بما له من خصائص وقدرات وبوصفه قدوة ووجه أبوى مدعم ، وأيضًا بما له من خبرة يستطيع أن يدعم بها النمو السوى لطلابه . وقد تكون مشاركة المعلم فى عمليتى التوجيه التربوى والإرشاد النفسى ، ونجاحه فيها من مؤشرات نجاحه كمعلم بصفة عامة. بل وربما يكون هذا النجاح من مؤشرات نجاح العملية التربوية ككل .

## أولاً : التوجيه التربوى

« التوجيه التربوى عملية يقصد منها مساعدة الفرد على اكتشاف إمكاناته المختلفة ، وتوجيهها إلى تلك المجالات التعليمية التى تتناسب معها ، بما يؤدى إلى تحقيقها وحسن استثمارها » . ( عبد السلام عبد الغفار ١٩٨٠ ص ٢٤١ ).

وهذا يعنى أن عملية التوجيه التربوى تتضمن مجموعة من الإجراءات الخدمات التى تقدم للمتعلم بهدف اكتشاف أهم ما يميزه من خصائص واستعدادات وميول وإمكانات ، ثم مساعدته من خلال التوجيه والإقناع على اختيار أكثر المجالات التربوية والتخصصات المتاحة أمامه طوال الفترة التى يقضيها طالباً للعلم .

وكلما كان اختيار المتعلم دقيقاً وملائماً لقدراته واستعداداته ، ازدادت فرصه فى تحقيق أفضل نتائج ممكنة وارتقى مستوى مخرجات العملية التربوية على كافة المستويات بالنسبة للأفراد أنفسهم وبالنسبة للمجتمع ككل . بالإضافة إلى أن الفرد المتعلم يصبح أكثر رضا عن نفسه وعن الاتجاه الذى يسلكه باختياره فترتفع دافعيته وتتعزز مقومات صحته النفسية .

فالهدف النهائى للتوجيه التربوى يلتقى بالهدف من التربية الحديثة بمعناها الشامل ، ألا وهو تحقيق النمو المتكامل والمتوازن للشخصية ، وصولاً إلى أعلى درجات الفاعلية والإيجابية لأداء الفرد . بالإضافة إلى دعم مقومات الرضا عن الذات المرتبط بالثقة بالنفس والمدعم لصحة الفرد النفسية .

ويعد جمع المعلومات عن الفرد المتعلم بمثابة نقطة الإنطلاق لبداية عملية التوجيه التربوى ، حيث أن اتخاذ أى قرارات تتعلق باختيار أحد البدائل التربوية دون الأخرى ينبنى على كم ونوعية المعلومات المتجمعة عن الفرد والمتعلقة بقدراته العقلية واستعداداته وتفضيلاته وميوله بما ييسر على المتعلم اختيار وجهه معينة دون أخرى . إلا أن هذا لا يعنى أن عملية التوجيه التربوى تنتهى باقناع المتعلم بالاختيار الذى يقع عليه مرة وللأبد ، وإنما يجب أن نضع فى اعتبارنا أن عملية

التوجيه التربوى علمية ممتدة ومستمرة من بداية مراحل التربية حتى نهايتها وأنها تلتقى فى النهاية مع عملية مكملة لها هى التوجيه المهنى الذى يهدف إلى اختيار أفضل التوجهات العملية التى تتلاءم مع تأهيل الفرد السابق وإمكاناته التى دعمتها سنوات التعليم والخبرة التى حصل عليها .

إلا أن طبيعة عملية التوجيه التربوى تختلف من مرحلة إلى أخرى ، حيث تختلف متطلبات كل مرحلة سنية وتتباين خصائصها . فالإختيارات التى يمكن توجيه المتعلمين إليها تكون عامة وفضفاضة فى السن المبكرة ، ثم تبدأ تتجه نحو التحدد والتخصص كلما تقدمت المرحلة السنية وازداد نصيب المتعلم من النضج . وهذا لا يعنى أن عملية التوجيه لا تصبح ضرورية إلا مع المتعلمين الأكبر سناً لأن ميول الإنسان واستعداداته وقدراته تبدأ فى الظهور فى الطفولة المبكرة ، ويكون من الأفضل الاكتشاف المبكر للمجالات التى يظهر فيها الطفل تفوقًا بحيث يمكن دعمها ورعايتها لتزدهر وتنمو . فالتعرف على خصائص الفرد واستعدادته وقدراته ليس عملية سلبية ، وإنما هى عملية إيجابية تنطوى على بذل جهد يهدف إلى تنمية هذه الإمكانات والقدرات واستغلالها بطريقة مناسبة للفرد ولمجتمعه . لذلك فمن الواجب أن تبدأ عملية التوجيه منذ فترة جد باكرة وقد تسبق التحاق الطفل بالمدرسة سواء كان ذلك من قبل الأسرة التى يلاحظ أفرادها عن كثب ما يظهره الطفل من قدرات فى سنى حياته الأولى ، أو من قبل القائمين على رعاية الطفل فى مرحلة رياض الأطفال . وإن كانت معظم الجهود فى تلك الفترة تكون مركزة حول استشكاف إمكانات الطفل وميوله واستعدادته ، مع عرض أكبر قدر من المثيرات المنوعة التى تمثل البدائل المختلفة ليختار منها الطفل ما يعجبه ويهتم به ، مع حد أدنى من التوجيه حتى يمكن أن تتضح إلى أبعد مدى الخصائص الطبيعية لقدرات الطفل واستعدادته دون إجبار أو قسر من المحيطين به .

أما مع دخول الطفل للمدرسة ، فتبدأ ميول الطفل واستعدادته فى التكشف على نحو أكثر وضوحاً وتحدداً وترتبط تدريجيًا بالمناهج الدراسية والمحتويات المتباينة للعملية التعليمية . فيظهر استعدادات وميولاً ترتبط بقدراته الخاصة ، كالقدرة

اللفظية اللغوية أو القدرة الرياضية الحسابية ، أو القدرة البدنية الحركية ، أو القدرة الفنية ... إلخ . ويصبح من الواجب ملاحظة واكتشاف مواطن تفوق كل فرد تمهيداً لتوجيهه إلى الأنشطة التى تدعم جوانب تميزه وتصقل مواهبه .

وبرغم أن عملية التوجيه التربوى منوطة أصلاً ببعض المتخصصين فى مجال القياس النفسى والتقويم التربوى ، إلا أن دور المعلم فيها يعد بمثابة ركن أساسى لا يمكن الاستغناء عنه . وربما كان يتحمل العبء الأكبر فيها نظراً لكونه أكثر قرباً من الطلاب ، ويستطيع أن يلمح بعين الخبير بوادر الموهبة أو القدرة الرفيعة لدى تلاميذه كما يستطيع أن يتعرف على مواطن الضعف والاستعداد المحدود وهى بيانات أساسية تؤثر على سير عملية التوجيه التربوى فى كل مرحلة من مراحلها .

عموماً ، يجب على المعلم أن يراعى مجموعة من الاعتبارات الهامة ، كى تصبح مشاركته فى عملية التوجيه التربوى فعالة وناجحة ومن أهم هذه الاعتبارات:

### (أ) إحداث التوازن بين الشق المعرفى والشق العملى لعملية التوجيه التربوى :

والشق المعرفى لعملية التوجيه هو الذى يتعلق بكم وكيف المعلومات التى تجمع عن الفرد فتلقى الضوء على الميول والاتجاهات والخصائص المميزة له وتكشف عن الظروف أو الشروط التى تزدهر فى ظلها قدراته وإمكاناته . ويعد هذا بمثابة التمهيد للشق الثانى الذى ينصب الاهتمام فيه على توجيه الفرد المتعلم إلى الأنشطة التى تدعم قدراته واستعداداته وتنميها ، وتتفق مع ميوله وتستثير دافعيته . ويجدر بنا هنا الإشارة إلى أهمية تلك المرحلة التى يبدأ فيها الاهتمام بالأنشطة التى من شأنها دعم وتنمية أوجه التفوق لدى المتعلمين . فقد يختلط الأمر على الكثيرين فيعتقدون أن عملية التوجيه التربوى هى مجرد عملية اكتشاف لمواطن التفوق وللمواهب ، ثم دفع المتعلمين إلى اختيار بديل تربوى معين يتفق مع ماأسفرت عنه عملية الاستشكاف تلك . وهى نظرة ضيقة لا تصدق إلا على مواقف محددة ومراحل بعينها يمر عليها المتعلمين ، من قبيل اختيار التوجه نحو

القسم العلمى أو الأدبى فى المرحلة الثانوية أو اختيار كلية معينة بعد الحصول على الشهادة الثانوية . ولكن عملية التوجيه التربوى ـ كما سبق وأشرنا ـ أشمل من ذلك ، وتمتد لتغطى الفترة التى يقضيها الطالب فى سنوات الدراسة بأسرها . كما أنها بعيدة كل البعد عن أسلوب التوجيه القسرى أو إجبار المتعلم على اختيارات معينة ولكن التوجيه إلى أنشطة معينة من شأنها تنمية واستثمار القدرات المتميزة لدى الفرد يكون بمثابة توجيه غير مباشر يساعد المتعلم على أن يكتشف قدراته بنفسه ويتأكد من قيمتها ويقبل على اكتساب ما يفيد فى النهوض بها وبذلك تصبح اختياراته نابعة من قناعته الذاتية واهتمامه الشخصى .

على أى حال ، يجب أن يكون هناك قدر من التوازن بين الجانب الخاص بجمع المعلومات ورصد الدلالات عن الأفراد ، والجانب العملى المتعلق بتوجيه الأفراد المتعلمين إلى أنشطة معينة أو بدائل تربوية دون غيرها . فالتعرف على الخصائص المميزة لكل فرد ضرورة فى كل المراحل ، ولكنها تكون أكثر إلحاحاً فى الفترات المبكرة من حياة الطفل المدرسية حيث لم تتضح بعد معالم قدراته ومميزاته . ومن الطبيعى أنه مع تقدم الطفل عبر مراحل التعلم تتبلور خصائصه وتتحدد قدراته واستعداداته وتتضح ، لذلك يغلب الجانب العملى على عملية التوجيه التربوى فى المراحل العمرية الأكثر تقدماً إلا أن تغلب أحد الجانبين لا يجب أن يكون على حساب إهمال الجانب الآخر فى أى مرحلة من المراحل .

## (٢) مراعاة عامل الزمن ودرجة النضج :

أكدت دراسات علم نفس النمو أن نمو الطفل يتجه تدريجيًا نحو النضج ، بمعنى أن القدرات المختلفة لا تبدأ إلا فى صورة استعدادت عامة تتطور عبر مراحل النمو المختلفة حتى تصل فى مرحلة معينة إلى درجة النضج أو الإكتمال ، وأن لكل مرحلة من مراحل تطور القدرات والاستعدادات خصائص مميزة ومتطلبات تؤدى ـ حين توفرها ـ إلى أن يمضى النمو فى مجراه الطبيعى دون معوقات بل أن توفر بعض الظروف والشروط قد يثرى النمو ويدعمه ، مع ملاحظة عدم تعجل الوصول إلى درجة النضج ، أو استباق خصائص أى مرحلة من خلال توجيه الفرد المتعلم

إلى برامج تدريبية معينة أو أنشطة لا تؤهله قدراته على إتقانها بعد .. حيث أن هذا في الغالب يؤدى إلى نتائج عكسية ..

فعلى سبيل المثال ، قد يكتشف معلم التربية الموسيقية طفلاً جميل الصوت ولديه استعداد طيب للغناء .. فلا يجب التسرع هنا وإنما عليه أولاً أن يتحقق من طبيعة تلك الموهبة ويختبر قدرات الطفل وإمكاناته حتى يستطيع أن يختار له الأنشطة الملائمة لتنمية قدراته الموسيقية خطوة خطوة .. أما أن يحاول تدريب الطفل على أداء الأغاني الصعبة أو التى تتطلب قدرات صوتية ناضجة فهنا قد يسيء إلى موهبة الطفل .. واستعداده ، بل وقد يفقده الأساس الذى يمكن أن ينمى من خلاله موهبته ، كأن يحدث تلفًا فى أعضاء الصوت لديه نتيجة لإجهادها بما لا تطيق ..

بالإضافة إلى ذلك ، فإن تجاهل متطلبات مرحلة النمو وخصائصها ، والضغط على الطفل كى يؤدى أنشطة لا تؤهله درجة نضجه إلى أدائها يؤدى إلى أن يتحول ذلك النشاط من مادة جذب شيقة إلى واجب ثقيل مما يصرفه عنه ويطفئ ميله تجاهه ..

وعلى الجانب الآخر ، يلاحظ أن الطفل قد يكون مزودًا باستعداد معين يحتاج إلى تنمية وصقل ، ولكن الاكتشاف المتأخر لهذا الاستعداد أو لتلك القدرة قد يفوت الفرصة لتحقيق الدرجة المطلوبة من تنمية القدرة أو صقل المهارة .. فعلى سبيل المثال تحتاج بعض مهارات الرياضة البدنية إلى تدريب مبكر حتى يتطور النمو البدنى فى اتجاه معين ملائم لمتطلبات المهارة ، فإذا مضى الوقت دون هذا التدريب فإن الجسم ينمو بطريقة عادية دون أن يكتسب المرونة المطلوبة أو القوة اللازمة على نحو لا يمكن تعويضه بعد ذلك ..

فالاكتشاف المبكر _ إذن _ للقدرات المتميزة ، ومواطن التفوق يمهد لإمكانية تنمية القدرة أو الاستعداد على أفضل نحو ولكن ذلك لا يتم إلا من خلال الاختيار الملائم للأنشطة المناسبة لمرحلة النمو ودرجة النضج ..

### (٣) اختيار أسلوب التوجيه الملائم كما وكيفًا :

فهناك العديد من الأساليب المتبعة للتوجيه التربوى يجب دائمًا اختيار الأسلوب الملائم منها لكل فرد متعلم . ومن المؤكد أن المميزات والخصائص التى يتصف بها كل فرد تطرح متطلبات خاصة به على وجه التحديد ، ويجب تقنين أسلوب التوجيه التربوى فى ضوئها . تلك المتطلبات ترتبط بطبيعة قدرات وخصائص الفرد ، وقابليته واستعداده للإنخراط فى نشاط معين دون غيره . وفى هذا ضمان لأن يقبل المتعلم على ذلك النشاط بأكبر قدر من الاستمتاع والحماس والدافعية مما يؤدى إلى أفضل أداء وأفضل نتائج .

فمن حيث الكم يجب أن يكون تعريض المتعلم للمثيرات المختلفة أو توجيهه للأنشطة بدرجة ملائمة لطاقته ، لأن زيادة الضغط يعرض الفرد للملل أو التعب أو الإحباط ، فلا يجب أن نتوقع منه أكثر مما تؤهله له قدراته وطاقاته . أما إهمال التوجيه والتراخى فيه أو نقص التنوع فى الأنشطة وقلة الوقت المخصص لها عن المطلوب ، فقد يؤدى إلى أن نخسر إمكانات الفرد التى تذبل لعدم تنميتها واستثمارها بصورة كافية .

أمامن حيث الكيف ، فأساليب التوجيه التربوى تتراوح بين التوجيه المباشر الذى يقوم فيه الموجه بالدور الأكبر وتقل فيه مشاركة المتعلم ، إلى التوجيه غير المباشر الذى ينحسر فيه دور الموجه بحيث يكاد يقتصر على تحليل موقف المتعلم ، وعرض الحقائق والبدائل التربوية لكى يختار بأكبر قدر من الحرية البدائل التربوية التى يرغب فيها ـ وهذا بالطبع يعتمد بشكل أساسى على درجة نضج المتعلم وقدرته على الاختيار الواعى وتتداخل فيها عوامل المرحلة السنية التى ينتمى إليها ودرجة ثقافته وإلمامه بمتطلبات كل اختيار بالإضافة إلى عوامل شخصية تتعلق بدرجة استقلاليته وقدرته على تحمل المسئولية .

وفى كل الأحوال فإن أسلوب التوجيه التربوى المثالى يجب أن يدعم استقلالية المتعلم ويدربه على الاختيار وما يترتب عليه من مسئوليات ، حتى فى السن الصغيرة . فهذا فى حد ذاته هدف تربوى أساسى فى العملية التربوية ، وهو الإسهام

في بناء الشخصية المتكاملة للمتعلم الذى يختار بنفسه اتجاهه عن قناعة ويقبل على أداء مهامه برضا وحماس .

**(٤) تحقيق التوازن بين مطالب الفرد ومطالب المجتمع :**

التربية هى وسيلة المجتمع لنقل تراثه الحضارى عبر الأجيال وتنمية هذا التراث من خلال إعداد أجيال تبنى على ما توفر لديها من أسس وتنهض به قدمًا . ومن أهم أهداف التربية تقوية الرابطة بين الفرد والمجتمع ، سواء كان مجتمعه الصغير كأسرته أو رفاقه ، أو مجتمعه الكبير الذى يعيش فيه ذلك لأن هذا الارتباط يقوى من دوافع الانتماء والتواد بحيث يتبنى الفرد أهداف مجتمعه الذى يحتضنه ويسعى لتحقيها كأهدافه الشخصية .

وهذا يعنى ضرورة ارتباط أركان العملية التربوية بالإطار المجتمعى الذى تخدم أهدافه ، بحيث تؤهل الأفراد المتعلمين كى يؤدوا أدوارهم للنهضة بمجتمعهم والعمل على تحقيق أهدافه . ولا يعنى هذا تجاهل الأهداف الشخصية للأفراد والطموحات الخاصة في سبيل تحقيق الأهداف الاجتماعية الأعم . حيث أن التربية تهتم أيضاً بالنمو السوى لشخصية المتعلم كى يصبح عضواً فاعلاً ومنتجاً فى مجتمعه ، وهذا يتطلب مراعاة أهدافه وطموحاته وآماله والعمل على إشباعها قدر الإمكان .وهوماينعكس على تنمية شعوره بالانتماء وحماسه لأداء دوره الإيجابى فى مجتمعه .

والموجه التربوى يضع ضمن أهم أهدافه تحقيق التوازن بين إشباع رغبات الفرد ومطالبه وميوله من جانب ، وتغذية المجتمع بمتعلمين على مستوى رفيع فى التخصصات التى يحتاج إليها هذا المجتمع فى ضوء الظروف الاقتصادية والاجتماعية وما تتيحه من فرص للأفراد .

فقد تنشأ بعض المشكلات نتيجة لظهور ميول للطفل أو المراهق لا تلقى استحسانًا من الأسرة أو المجتمع المدرسى أو لا تلقى قبولاً أو تشجيعًا فى المجتمع بصفة عامة . وقد لا يكون الحل الملائم هو التضحية بما يهتم به الفرد أو إهمال

رغباته وميوله لمجرد أن هناك من حوله من يحجم عن تشجيعه أو دعمه ، ولكن ينبغى فى البداية تقدير القيمة الحقيقية لهذا الميل أو الطموح فإذا كان يعبر عن موهبة أصيلة أو قدرة مميزة لا تلقى ما يلائمها من الرعاية والتقدير ، يصبح من واجب القائم بعملية التوجيه التربوى بحث أسباب التعارض بين مواقف المتعلم ومن حوله وصولاً إلى التقاء بين وجهات النظر المتعارضة . ففى حالة ضعف إمكانات الأسرة أو ندرة الفرص المتاحة فى المجتمع لتلبية متطلبات تنمية موهبة أو ميول واهتمامات الفرد يجب العمل على تذليل الصعاب التى تفوق استثمار إمكانات المتعلم ، فإن لم يكن هذا ممكناً ، أصبح من الواجب توجيه الفرد إلى نشاط ملائم يثير اهتمامه ويعوضه عن اهتمامه الأصلى .

أما إذا كان الموقف الرافض من ميل واهتمامات الطفل أو المراهق له ما يبرره عندئذ يجب العمل على نقل وجهة نظر المجتمع بالصورة التى يمكن للطفل أو المراهق أن يفهمها ويتقبلها ، بحيث يحول اهتمامه عن اقتناع إلى أهداف بديلة .

إن ما يعرف بالفجوة بين الأجيال قد يفسر ما يحدث أحياناً من تعارض بين اهتمام المتعلمين بطموحات معينة واتجاهات تعبر عن آمال جيل ناشىء يرغب فى التميز والاستقلال واهتمامات اجتماعية عامة تحكمها ظروف لا تدخل عادة فى تقدير الأجيال الجديدة . ولهذا فإن مهمة تقريب وجهات النظر تصبح أساسية ، وعلى القائمين بمسئوليات التوجيه التربوى وضع مثل هذه المهمة فى قمة أولوياتهم خدمة لأهداف ومصالح كل الأطراف .

## (٥) تحقيق التوازن بين مطالب الفرد وإمكاناته الحقيقية :

ويعتمد هذا على مدى الدقة والموضوعية التى تتحدد بها الخصائص المميزة لكل فرد متعلم بما يتيح أفضل اختيار للبدائل الملائمة لخصائصه فعملية التوجيه التربوى تبدأ بالتعرف على إمكانات واستعدادات الطفل الصغير ـ والأفضل أن يكون ذلك بداية من مرحلة ما قبل المدرسة ـ ، ثم متابعة تطور ونمو قدراته عبر سنوات دراسته بحيث تصبح المعلومات المتراكمة عن الفرد المتعلم دليلاً يتضمن وصف

أهم مميزاته ومواطن تفوقه وبروزه كما يتضمن تشخيصًا لنقاط ضعفه وأهم الصعوبات التى يواجهها أثناء تعلمه . فإذا توفرت هذه المعلومات عن الفرد المتعلم أصبحت المجالات التى يمكن أن يحقق فيها أفضل النتائج واضحة وكلما كان اكتشاف نقاط الضعف والقوة لدى المتعلم مبكرًا أمكن توجيهه إلى الأنشطة التى تدعم نقاط تفوقه مع الاهتمام بالعمل على أن تقدم تلك الأنشطة بالأسلوب الذى يجعلها أمرًا محببًا يستحوذ على اهتمام الطفل ويشجعه على القيام بها بأكبر قدر ممكن من الاستمتاع . كما أن التغلب على المشكلات والصعوبات التى تطرحها نقاط الضعف لديه يصبح أمرًا ميسورًا كلما كان التعامل معها مبكرًا .

وأهم المشكلات التى يمكن أن تتفاداها عملية التوجيه التربوى فى هذا الصددهى أن المتعلم قد يظهر ـ بسبب أو لآخر ـ ميلاً تجاه بعض الأنشطة التى لا تؤهله إمكاناته وقدراته للنجاح فيها ، لذا يجب إطلاع المتعلم على هذه الحقيقة ومساعدته على تقبلها بالأسلوب الملائم ، وبالطبع توجيهه للنشاط البديل الذى يلائم إمكاناته وقدراته ويثير اهتمامه فى نفس الوقت .

وعلى الجانب الأخر ، فقد تظهر المعلومات المتوفرة عن المتعلم أنه يتمتع بموهبة معينة أو قدرة مميزة مهملة أولا تلقى القدر الملائم من الرعاية والتنمية بما يهددها بالإنطفاء والاضمحلال . فيصبح الواجب هنا هو إثارة اهتمام المتعلم بها من خلال أنشطة مشوقة تعزز ميله تجاهها وتدعم دافعيته وحماسه للنهوض بها .

إن عملية التوجيه التربوى ليست مجرد عملية تصنيفية تهدف إلى توزيع المتعلمين على مختلف التخصصات . ولكنها فى الحقيقة عملية إبداعية تستثمر فى سياقها الطاقات وتزدهر فى ظلها إمكانات الطلاب . والمعلم يشارك بقسط وافر فى جميع مراحلها ولعله يكون الركن الأهم فيها نظرًا لأنه الأقرب إلى الطلاب وتمتد فترة احتكاكه بهم لمدى طويل يمكنه من إصدار أحكام دقيقة وموضوعية على الخصائص المميزة لطلابه .

والصورة المثالية التى يمكن أن تتحقق بها أهداف التوجيه التربوى تكتمل

بوجود مكتب للتوجيه التربوى بكل مدرسة أو مؤسسة تعليمية يقوم عليه مجموعة من المتخصصين المؤهلين فى مجال القياس النفسى والتقويم التربوى تعاونهم هيئة التدريس بكاملها وتمدهم بكل المعلومات اللازمة عن الطلاب الملتحقين بالمدرسة أوالمؤسسة التعليمية وأن يقوم هذا المكتب بإصدار الإرشادات والتوصيات التى يسترشد بها المعلمون للقيام بدورهم فى عملية التوجيه التربوى على أفضل وجه ، وبما يدعم قدرة الطلاب على حسن الاختيار ويمهد لتحقيق أفضل نتائج للعملية التربوية .

ويؤدى نجاح النظام التربوى فى إنجاز مهام التوجيه على أكمل صورة إلى تحقيق أهداف شاملة على المستوى الفردى وعلى مستوى المجتمع ككل ، ويمكن إجمال هذه الأهداف فيما يلى :

## أولاً : الهدف الفردى :

إن عملية التوجيه التربوى ليست مجرد فعل ختامى تنتهى به مرحلة تعليمية معينة وتبدأ مرحلة جديدة يتجه إليها الفرد المتعلم بناء على اختيار وليد الساعة أو مرتبط بنتيجة معينة لأدائه فى اختبار معين . وإنما هى عملية ممتدة تصحب المتعلم من بداية حياته الدراسية حتى يصل إلى أفضل تحقيق لإمكاناته وأقصى استثمار لطاقاته . وهى لا تقتصر على اختيار الاتجاهات ، وإنما تتضمن أيضاً توفير الفرص لأداء الأنشطة المختلفة التى تنمى بها الطاقات والإمكانات التى يتميز بها كل فرد متعلم . وهى بهذا المعنى تحقق للمتعلم مجموعة من الأهداف تصب جميعها فى الهدف الأعم وهو تحقيق النمو الشامل المتكامل لشخصية الفرد على كافة المستويات . فمن الناحية العملية تتحقق للفرد الفرصة فى الاقدام على أفضل الاختيارات بالنسبة له من بين البدائل المختلفةالتى تطرحها العملية التربوية مما يسمح له باستثمار قدراته واستعدادته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، مما يحقق بالتالى النجاح للفرد فى الوجهة التى يختارها ، ومما يؤهله لأن يوظف هذه القدرات والطاقات التى ازدهرت ونضجت فى الوجهة الملائمة على المستوى المهنى ، وهو ما يعنى توفر فرص النجاح والتقدم مهنياً فيما بعد .

بالإضافة إلى ذلك فإن الاختيار المبنى على مقدمات محكمة وتمحيص دقيق يسمح بإحداث المواءمة المطلوبة بين إمكانات الفرد الحقيقية وما يمكن أن يتجه إلى اختياره من بدائل مما يؤدى إلى تفادى - إلى أقصى حد ممكن - أضرار الإختيار العشوائى أوالتفضيلات المبنية على المرغوبية الاجتماعية دون أساس حقيقى من إمكانات الفرد وميوله واتجاهاته . وقد يتحقق بذلك توفير الوقت والجهد على الفرد المتعلم الذى ربما اضطره الاختيار غير الواعى الذى ينتهى بالتعثر ومواجهة الصعوبات ، وربما الفشل ، إلى إعادة الاختيار مرة أخرى والبدء من جديد . ناهيك عما يتعرض له الفرد من إحباط ومشاعر فقد الثقة بالنفس .

أما من الناحية النفسية ، فإن وجود أنشطة محببة - خاصة فى السن الصغيرة - يجعل من التدريب على تنمية المهارة أو القدرة المميزة عملاً ممتعاً يقبل عليه المتعلم بحماس ولا يعتبره واجب ثقيل يستغرق منه الوقت والجهد . وهذا يؤدى إلى الإقبال على العملية التعليمية ككل . وفى حالة تمتع المتعلم بموهبة معينة فإن درجة الإشباع والرضا الذى يتوفر له من خلال العمل على تنمية وصقل هذه الموهبة ، والنجاحات التى يحققها فى ذلك على المدى الطويل تمنحه قدراً هائلاً من السعادة والرضا عن الذات والثقة بالنفس الذى يدعم توافقه النفسى والاجتماعى .

## ثانياً : الهدف الاجتماعى :

وهو هدف حضارى فى المقام الأول حيث أن التربية تعد أحد أهم ركائز التنمية الاجتماعية إن لم تكن أهمها على الإطلاق . والتوجيه التربوى الناجح يمثل الخطوة الأولى فى توجيه الأفراد إلى المهام الملائمة لهم فى المجتمع بما يضمن أقصى استثمار للطاقات البشرية التى قد تهدر إذا وجهت إلى غير الوجه الصحيحة ، وتضيع قيمتها على المجتمع . وبرغم أن التوجيه التربوى يعتمد على مبدأ علمى هام يرتبط بما يعرف بتعميق الفروق الفردية أى أنه يستهدف الأفراد فى المقام الأول إلا أن الناتج النهائى يرتبط أساسًا بالصالح العام ، ويخدم بشكل مباشر أهداف المجتمع ككل .

فمبدأ تعميق الفروق الفردية يعنى دراسة الخصائص المميزة للأفراد كأفراد والتركيز على تنميتها وصقلها كي تصل إلى أعلى درجات النضج وإلى أقصى طاقاتها على العطاء ، بحيث يبرز بأوضح صوره التفوق الفنى للفنان ، والتفوق العلمي للدارس المتميز علميًا ، والتفوق الرياضى للمتعلم الموهوب رياضيًا .. وهكذا. وهذا بالطبع يعنى إمداد المجتمع بشكل متدفق ومستمر بالطاقات الخلاقة المميزة القادرة على بذل العطاء فى المجالات المختلفة للحياة العملية .

## ثالثًا : الهدف الاقتصادى :

يرتبط الهدف الاجتماعى بالهدف الاقتصادى لعملية التوجيه التربوى ارتباطًا وثيقًا . فالتنمية الاجتماعية لها - بدون شك - مردودها الاقتصادى على المدى القصير وعلى المدى البعيد على حدٍ سواء .

فعلى المدى القصير ، توفر عملية التوجيه التربوى للدولة النفقات الباهظة التى قد تضيع هباء فى الإنفاق على طلاب لم يتم توجيههم إلى التعليم المناسب لميولهم وقدراتهم كما تحفظ للأفراد الجهد الذى ينفق على أمل ضائع فى متابعة نوع من التعليم لا يناسب إمكاناتهم . أى أن الاختيار الصائب لنوع التعليم له فائدة اقتصادية تمس المجتمع والأفراد أيضًا .

أما على المدى البعيد فإن النجاح فى انجاز مهام التوجيه التربوى يرسى أسس النجاح لعملية التوجيه المهنى . فالفرد الذى تلقى تعليمًا وتدريبًا نوعيًا يتفق مع ميوله وإمكاناته تكون الفرصة مهيأة أمامه كي يتجه إلى المهنة أو العمل الذى يفضله بناء على ميوله الأصلية والذى أصبح مؤهلاً له بدرجة تتيح له أن يمارس مهام عمله بكفاءة مما يضمن له الإجادة وفرص الترقى والتقدم الوظيفى . أما على الجانب الآخر ، فإن الفرد الذى أساء اختيار وجهته تعليميًا فيكون عليه إما أن يلتحق بعمل لا يحبه ولا يتفق مع إمكاناته الحقيقية ، وبالتالى لا ينجح فيه ، أو ينتقل إلى عمل آخر يفضله ولكنه لم يؤهل له التأهيل الكافى ، فلا يتمكن من تحقيق النجاح فيه أيضًا . وفى الحالتين تنخفض إنتاجية الفرد وتقل كفاءته . مما ينعكس على فاعليته من الناحية الاقتصادية وعلى مستوى معيشته فى نفس الوقت.

## ثانيا : الإرشاد النفسى

الإرشاد النفسى هوأحد فروع علم النفس التطبيقى يتداخل تعريفه مع تعريف العلاج النفسى بصفة عامة . وقد بذلت جهود عديدة فى محاولة لوضع الحدود الفاصلة بين مفهومى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى إلا أن معظم هذه الجهود لم تقدم أساسًا مقنعًا يمكن الاستناد إليه فى الفصل بين المفهومين . إلا أنه من المتعارف عليه عادة ، أن الإرشاد النفسى يقدم إلى الأشخاص الأسوياء والحالات الهينة من الإضطرابات النفسية فى حين يختص العلاج النفسى بالحالات الأكثر شدة والأعمق إضطرابًا ، خاصة الحالات الذهانية والعصابية .

(Nelson - Jones, 1982, p. 3)

والإرشاد النفسى بهذا المعنى يمارس أساسًا من قبل أفراد لهم تأهيل خاص يرتبط بهذا الفرع من علم النفس وهو الإرشاد والعلاج النفسى . ومع ذلك فإن الخدمات الإرشادية التى يجب أن تمتد لتشمل كافة جوانب الشخصية ، تصبح مجالاً مفتوحًا يمكن أن يشارك فيه أفراد من تخصصات مختلفة ، وذلك بحكم ارتباطهم أو احتكاكهم بالأشخاص الذين تقدم لهم الخدمات الإرشادية . والمعلم يشارك بقسط وافر فى تقديم الخدمات الإرشادية التى تقدم للطلاب وذلك بحكم احتكاكه المباشر بهم ولفترات طويلة يوميًا على مدى عام كامل أو أكثر . حيث تكون المعلومات والملاحظات التى يجمعها حول ظروف وخصائص شخصية تلاميذه ذات أهمية خاصة لا يمكن تجاوزها ، كما أن تأثيره عليهم يكون ذو عمق لا يمكن إغفاله .

أما عملية الإرشاد النفسى ذاتها فيمكن تعريفها على أنها تلك العملية البناءة التى تهدف إلى مساعدة الفرد كى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويحدد مشكلاته وينمى إمكاناته ، ثم يوظف هذا الفهم وهذه المعرفة من أجل تحقيق أهدافه وحل مشكلاته بلوغًا لأفضل مستوى من الصحة النفسية .

ويكشف هذا التعريف عن أن الإرشاد النفسى لا يطبق على الأفراد المرضى

وحسب ، وإنما يحتاج معظم الأفراد إلى خدمات الإرشاد النفسى . فكل إنسان يحتاج إلى أن يفهم ذاته ويحدد أهدافه ويحقق ذاته حتى يستطيع أن ينعم بمستوى رفيع من الصحة النفسية ( حامد زهران ١٩٨٢ ص ١٠ ).

ويلاحظ من تعريف عملية الإرشاد النفسى إيجابية الدور الذى يقوم به الفرد الذى تقدم له خدمات الإرشادالنفسى . فالقائم بعملية الإرشاد يعتمد فى تحقيق أهدافه على التعاون المثمر بينه وبين عملائه . ونجاح عملية الإرشاد النفسى يرتبط بدرجة المشاركة الإيجابية من قبل العميل ، ومستوى فاعليته واستقلاليته فى تحديد أهدافه واتخاذ قراراته . بالإضافة إلى ذلك ، يلاحظ أن عملية الإرشاد النفسى - شأنها فى ذلك شأن عملية التوجيه التربوى - لها جانبها التظرى المعرفى الذى يتعلق بجمع البيانات والمعلومات عن الأفراد ، وجانبها العملى التطبيقى الذى يوظف هذه المعلومات لتحقيق أهداف معينة خاصة بالفرد . إلا أن المعلومات التى يتم جمعها فى سياق عملية الإرشاد النفسى تتعلق بصورة أكبر بالخصائص الشخصية والجوانب النفسية أكثر من الميول والقدرات والاستعدادات . كما أن الجانب العملى يهتم بحل المشكلات وتنمية الشخصية بتركيز على جوانب التوافق النفسى ككل ، لا التوافق الدراسى والمهنى فقط .

ولعملية الإرشاد النفسى ثلاثة أهداف رئيسية ، هى الهدف الإنمائى والهدف الوقائى ، والهدف العلاجى .

### ( ا ) الهدف الإنمائى :

والإنماء يعنى دعم النمو الطبيعى الذى يتجه بالفرد إلى النضج وذلك من خلال التركيز على الاتجاهات الإيجابية فى الأفراد وتعزيزها من خلال الأنشطة والخبرات الملائمة ، بالإضافة إلى محاولة التغلب على المعوقات والمشكلات التى تحول دون سير عملية النمو فى مجراها الطبيعى فى اتجاه النضج وفى اتجاه السوية . ويعتمد المرشد النفسى فى عمله على تحقيق هذا الهدف على المعلومات التى تتوفر فى سياق دراسات علم نفس النمو Developmental Psychology . فعلى

سبيل المثال ، تعزز الأنشطة القائمة على قيم التعاون والمشاركة والتكافل النمو الاجتماعي لدى الأفراد . كما أن الخبرات المكتسبة من خلال الأنشطة والمهمات التي يكلف بها الفرد تدعم الميول الاستقلالية والثقة بالنفس .. وهكذا . من ناحية أخرى ، يعتبر التعامل مع المشكلات خاصة في فترة مبكرة ، من العوامل التي تيسر النمو السوى وتمهد لتكامل الشخصية . وذلك من قبيل التغلب على مشكلة صعوبات التعلم بحيث يتجنب الطالب الكثير من الإحباطات والإحساس بعدم الثقة بالنفس الناتج عن ضعف قدرته على ملاحقة زملائه ونظرائه . أو التخلص من بعض اضطربات السلوك ، كالسلوك العدواني الذي يؤدي في النهاية إلى إحساس الإنسان بالنبذ والإنعزال مما يؤدي للعديد من المشكلات النفسية .

ومن الطبيعي أن يكون دور المعلم هام وأساسي في هذا الصدد ، والخبرات التي يستطيع أن يوفرها لطلابه في سياق العملية التعليمية بشكل تلقائي يمكن أن يأتي بأفضل النتائج . ونظراً لأن النمو عملية ممتدة فإن المعلم يصبح أكثر المحيطين بالطلاب قدرة على متابعة وتقييم اتجاهات النمو لديهم بحيث يدرك في فترة مبكرة ما إن كان الطالب يمضي في الاتجاه الطبيعي ، أم يعاني من بعض المشكلات والصعوبات مما ييسر عملية مواجهتها في الوقت المناسب .

## (٢) الهدف الوقائي :

والوقاية هنا تعد نوعًا من امتداد هدف الإنماء . فالمعروف أن الوقاية تعنى الشروط التي تضمن عدم التعرض للمشكلات قبل أن تظهر أي بوادر لهذه المشكلات ، وهو ما لا يمكن التحكم فيه إلا من خلال الإلمام بأسباب هذه المشكلات والظروف التي تنشأ في سياقهاحتي يمكن تجنبها . وهنا يمكن الاستفادة من علم الصحة النفسية وعلم النفس المرضى .

ولما كانت الوقاية خير من العلاج فإن عملية الإرشاد النفسي تهدف إلى الوصول للفئات المستهدفة لبعض المشكلات المعروفة دون انتظار انتشار تلك المشكلات بينهم . وجدير بالذكر هنا أن سعي المرشد النفسي إلى عملائه يكاد أن

يكون الفارق الوحيد بينه وبين المعالج الذى لا يسعى إلى مرضاه ولا يبدأ فى تقديم الخدمة إلا إذا طلبت منه . فمرحلة المراهقة ـ على سبيل المثال ـ تعرف بأنها مرحلة العواصف والمشكلات النفسية والاجتماعية . والمرشد يدرك نوعية الضغوط والظروف التى يمكن أن تنتج مشكلات أو اضطرابات نفسية فى تلك المرحلة ، لذلك فإن هناك برامج إرشادية خاصة يمكن أن تعد لتقدم بشكل جماعى أو فردى للمراهقين بما يسمح بتأهيلهم للمرور بهذ المرحلة بسلام حتى مع إمكانية تعرضهم لتلك الظروف التى قد تعد من المظاهر الطبيعية للمرور بمرحلة المراهقة .

والدور الإرشادى الذى يقوم به المعلم فى وقاية طلابه من مخاطر الاضطرابات النفسية دور رئيسى ولعله يفوق دور المرشد النفسى المتخصص خطورة وأهمية . وذلك لأنه أكثر قربًا من الطلاب ولديه الفرصة للتعرف على الكثير من الأمور الشخصية والخاصة لطلابه فى لقائه اليومى بهم ، كما أنه لا يحتاج ـ كالمرشد النفسى ـ أن يبدأ ببناء علاقة قائمة على الثقة المتبادلة لأن العلاقة الطبيعية المستمرة بينه وبين طلاب تقوم على أساس من التقارب والتفهم والثقة . حتى أن صاحب المشكلة النفسية قد يبادر بمصارحة معلمه بما يعانيه مفضلاً ذلك عن التوجه إلى أخصائى قد لا تكون بيه وبين الطالب علاقة مباشرة . كما أن الإرشادات والتوجيهات التى قد يقدمها المعلم للطالب تكون أبعد تأثيراً نظراً للمصداقية التى يتمتع بها المعلم بين الطلاب . وهذا يعنى أن الأساس الذى عليه يمكن تحقيق الهدف الوقائى ، إنما هو فى متناول يد المعلم أكثر من أى فرد آخر يمكن أن يشارك فى عملية الإرشاد النفسى بما فيهم المرشد النفسى المدرسى .

بالإضافة إلى ذلك يتضمن الدور الوقائى للمعلم فى عملية الإرشاد النفسى حماية الجماعة من أن تنتشر بها مشكلات بعض الأفراد . فبعض المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية تنتقل من أصحابها للمحيطين بهم خاصة فى مجتمع المدرسة . وجماعة الرفاق بما تمارسه من تأثير على المراهق ـ وهى فئة تمثل قطاعًا ضخمًا من الطلاب ـ يمكن أن تكون مصدراً للعديد من الانحرافات والمشكلات التى إن لم يتم التعامل الحاسم والسريع معها فإنها تسفر عن عواقب

وخيمة على مستوى الأفراد وعلى مستوى الجماعة ومجتمع المدرسة ككل . إلا أن حضور المعلم وسط أبنائه من الطلاب يكون بمثابة صمام الأمان الذى يحول دون انتشار بعض المشكلات السلوكية . فعلى سبيل المثال هناك مشكلة تتعلق بظاهرة الإدمان وهى انحراف خطير إلى درجة بعيدة . فهى إحدى السلوكيات المرضية القابلة للانتشار السريع بين المراهقين والشباب . والجانب الوقائى يكاد يكون هو الحل الوحيد لهذه المشكلة ، حيث أن العلاج لا يجدى فى نسبة كبيرة جداً من ضحايا هذ الظاهرة إذا وقعوا بالفعل فريسة للإدمان . والمعلم يستطيع فى فترة مبكرة، بما له من خبرة وتأهيل ، أن يكتشف وجود الأفراد الذين يعانون من هذا الانحراف وأن يبدأ فوراً فى تقليص تأثيرهم على أقرانهم والعمل على تفادى الآثار المدمرة لانتشار تلك المشكلة .

وهنا يجب التأكيد على أن نجاح المعلم فى أداء دوره الوقائى فى عملية الإرشاد النفسى يعتمدعلى ركيزتين أساسيتين . أولاهما هى درجة التأهيل التى يحصل عليها فى مجال دراسة أسس ومبادئ الصحة النفسية بالإضافة إلى الخبرة التى يكونها من خلال أدائه لعمله . والركيزة الثانية هى الخصائص الشخصية والسلوكية للمعلم نفسه . حيث يجب أن يكون المعلم بمثابة القدوة والنموذج السلوكى الذى يحترمه الطلاب ويثقون فيه حتى يصبح تأثيره عليهم أكثر إيجابية . كما يجب أن تتوافر لديه الرغبة الصادقة فى تقديم خلاصة خبرته وعطائه لطلابه ليس فقط بوصفه معلم مهنته التدريس وإنما أيضاً كوالد يهتم بتربية أبنائه وتنشئتهم التنشئة السليمة التى تهدف إلى دعم سوية نموهم وتكامل شخصيتهم .

### (٣) الهدف العلاجى :

وهو أكثر أهداف الإرشاد النفسى شهرة وانتشاراً . والاعتقاد السائد هو أن الإرشاد النفسى يعنى تقديم خدمات هدفها النهائى هو حل مشكلة نفسية معينة عند أحد الأفراد أو عندمجموعة من الأفراد . إلا أنه يتضح مما سبق أن الهدف العلاجى هو أحد ثلاثة أهداف رئيسية لعملية الإرشاد النفسى . بل أن تحقيق المرشد

النفسى ، أو المعلم ، أو كليهما معًا للهدفين الأولين يحصر الحاجة إلى العلاج فى حدودها الدنيا . والعلاج فى عملية الإرشاد النفسى يعتمد على التشخيص الدقيق للمشكلة ثم اختيار أفضل الأساليب الإرشادية الملائمة للتعامل معها . والتشخيص الدقيق يعنى عدم الاقتصار على وصف المشكلة والتعرف علي. أهم أعراضها ودرجة خطورتها وإنما يمتد لتقصى أسبابها وظروف نشأتها وتطورها كمشكلة نفسية . هذا التشخيص المحدد والدقيق يمهد السبيل لاختيار الأسلوب الإرشادى الملائم ويتحدد فى ضوئه الأفراد أو الجماعات التى سوف تقدم لهم الخدمة الإرشادية . فقد يقدم الإرشاد النفسى بصورة فردية أو جماعية أو يقدم للأسرة التى تنتمى إليها الحالة .. وهكذا .

وتتراوح الحالات التى تتطلب التدخل الإرشادى والعلاجى فى درجة شدتها ما بين الاضطرابات السلوكية واضطرابات الشخصية إلى المرض النفسى والمرض العقلى، بالإضافة إلى الحالات التى تتطلب تدخلاً يجمع ما بين التعلم والعلاج ـ أو ما يعرف باسم التعلم العلاجى ـ مثل حالات صعوبات التعلم باختلاف صورها .

وعلى العكس من جوانب الإنماء والوقاية فإن الدور الذى يلعبه المعلم هنا قد لا يكون كبيراً من حيث حجم الجهد المبذول ـ حيث أن معظم المشكلات فى هذا المجال تتطلب تدخلاً مباشراً من المرشد أو المعالج النفسى ـ ولكنه مازال دوراً بعيد التأثير فى مجريات العمليةالإرشادية . فاكتشاف الحالات التى تحتاج إلى خدمات إرشادية علاجية وتمييز مدى احتياجها إلى تلك الخدمة عبء يقع بالكامل على عاتق المعلم . وهناك بعض الحالات التى تتطلب قدراً هيناً من الإرشاد ـ تحت إشراف المرشد النفسى عن بعد ـ ومتابعة لتطوراتها عن كثب من قبل المعلم . كما أن هناك حالات أشد اضطرابًا تتطلب الاكتشاف والتدخل السريع لعلاج المشكلة قبل استفحالها لدى أصحابها وقبل انتشارها ـ فى بعض الحالات ـ بين المحيطين بهم . فإن لم يكن فى استطاعة المعلم تقديم المشورة التى تسهم فى حل المشكلة فعليه أن يسعى فوراً لتحويل الحالة إلى المرشد النفسى المختص . وقد تحتاج مهمة

التحويل ذاتها إلى عون المعلم . ففى بعض الحالات يرفض صاحب المشكلة أن يتوجه إلى المختص معتقداً أن فى هذا الأمر تقليل لشأنه أو إحراج له أمام زملائه . عندئذ يستطيع المعلم بحكم علاقته الوثيقة بطلابه أن يجد الأسلوب المقنع الذى يكتسب صاحب المشكلة من خلاله الثقة فى الاخصائى النفسى أو المرشد النفسى، وفى جدوى الخدمة الإرشادية ذاتها وهى أولى خطوات نجاح عملية الإرشاد النفسى .

من هنا تتأكد أهمية التأهيل النفسى للمعلم أكاديميًا وشخصيًا بحيث يمكن أن يقوم بدوره الإرشادى على أكمل وجه ، سواء فى جانبه الإنمائى أو الوقائى أو العلاجى .

* * *

إن دور المعلم الرئيسى دور تربوى أساسًا وليس تعليميًا فحسب . والمربى هو الذى يتعامل مع أبناء وليس مجرد طلاب علم ، وتربيته لهم تهدف إلى النهوض ببناء شخصيتهم ككل فى جوانبها العقلية والنفسية والاجتماعية والروحية كذلك وذلك من خلال مشاركته فى الأنشطة التعليمية والتوجيهية والإرشادية . لذلك يعتبر الكثيرون المعلم حجر الزاوية فى العملية التربوية لتحمله كل تلك الأعباء . فهو بديل الأب فى المدرسة ، ويجب أن تكون صلاته بطلابه أكثر شبهًا بعلاقة الوالد بأبنائه . بل أن للمدرس أحيانًا تأثير بعيد على شخصية الطلاب من حيث هو قدوة ومثل أعلى يكتسبون من خلال الاقتداء به العديد من خصائصهم الشخصية ، ومن حيث هو موضع ثقة يعولون على خبرته فى توجيههم للوجهة السليمة .

# المراجع العربية والأجنبية

## أولاً : المراجع العربية :-

حسام عزب (١٩٨١) العلاج السلوكى الحديث - الأنجلو المصرية .

دانييل لاجاش (١٩٧٩) المجمل فى التحليل النفسى ، ترجمة مصطفى زيوار وعبد السلام القفاش ، مطبعة جامعة عين شمس .

زكريا إبراهيم (١٩٦٨) دراسات فى الفلسفة المعاصرة ، مكتبة مصر بالفجالة ، القاهرة .

سيجموند فرويد (١٩٨٧) محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى ، ط٣ ، ترجمة أحمد عزت راجح ، مكتبة الأنجلو المصرية .

صلاح مخيمر (١٩٧٧) تناول جديد فى تصنيف الأعصبة والعلاجات النفسية . مكتبة الأنجلو المصرية .

صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل إلى الصحة النفسية . ط٣ . مكتبة الأنجلو المصرية .

صلاح مخيمر (١٩٨١) المفاهيم - المفاتيح فى علم النفس ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد السلام عبد الغفار (١٩٨٠) مقدمة فى الصحة النفسية . دار النهضة العربية.

على عبد المعطى (١٩٨٥) سورين كيركجارد مؤسس الوجودية المسيحية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

كارل فلوجل (١٩٧٩) علم النفس فى مائة عام ، ط٣ ، ترجمة لطفى فطيم، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت .

مجدى كمال عبيد (١٩٩٢) دراسة سيكومترية كلينيكية للعلاقة بين الجنس وأبعاد التوافقية ( الإيجابية - العصابية - التوازمية ) عند الراشدين . رسالة دكتوراه . تربية عين شمس .

**ثانياً : المراجع الأجنبية :**

**Bohart, A. C. & Todd . (1986)** Foundations of Clinical and Counseling Psychology . Harper & Row Publishers . New York .

**Ellis, A. (1973)** Humanistic Psychotherapy : The Rational - Emotive Approach . McGrow Hill Book Company . New York .

**English , H. B. & English, A. C. (1961)** . A Comprehensive Dictionary of Psychological Terms . Longman . New York .

**Hall , C. S. & Lindzey , G. (1986)** Thories of Personality . Wiley Eastern Ltd . New Delhi .

**Jourard, Sidney M. (1968)** Disclosing Man to Himself. Van Nostrand Company . New York .

**May, Rollo R. (1983)** The Discovery of Being . Norton & Co., Inc . New York .

**Nelson - Jones, Richarad (1982)** The Theory & Practice of Counselling Psychology . Holt , Rinehart and Winston . London .

**Winthrop, H. (1969)** A Humanistic Psychology Is Born . In : Contemporary Isues In Psychology . By Roger B. Solomon (Ed.) McCutchan Pubishing Corporation , Berkely .

**Wolman, Benjamin B. (1973)** Dictionary of Behavioral Science . Van Nostrand Reinhold Company . New York .

**Yalom , Irvin D. (1980)** Existential Psychotherapy . Basic Books , New York .

# فهرس الموضوعات

